

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

M. MONTANA

Né à Païpa (Colombie) en 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES
des Annexes

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. RICHELOT, professeur.

LEJARS et MÈRY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

M. MONTANA

Né à Païpa (Colombie) en 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

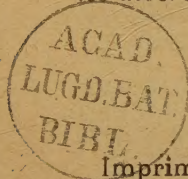
des Annexes

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. RICHELOT, professeur.

LEJARS et MÉRY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques. M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

HISTORIQUE

La thérapeutique des lésions des annexes a passé par des phases bien diverses.

La période du début est une période purement *médicale*, qui dure jusqu'en 1872. Ces affections étaient considérées comme du ressort plutôt de la médecine que de la chirurgie et l'expectation plus ou moins dissimulée, constituait alors le seul traitement.

Vient ensuite la période nettement *chirurgicale*, inaugurée par Lawson Tait. Dès le jour où l'éminent gynécologue de Birmingham démontra l'avantage qu'il y avait à traiter les lésions inflammatoires des annexes, notamment les lésions suppurées, comme des tumeurs enkystées, et à en pratiquer l'extirpation, la méthode chirurgicale fut acceptée par tout le monde. La plupart des chirurgiens de tous les pays, suivirent son exemple et considérèrent comme lui, que seule, l'extirpation par laparotomie, des annexes malades, constituait une garantie de guérison définitive.

Dès lors, la castration fut acceptée comme traitement de choix des affections inflammatoires des annexes.

Péan vient après, qui accusa la méthode de Lawson Tait : la *castration ovarienne*, d'être insuffisante au point de vue thérapeutique et dangereuse. Il reprochait aux laparotomistes d'opérer par la voie abdominale des suppurations qui couraient le risque d'infecter le péritoine et proposa une nouvelle méthode plus simple, moins grave et plus efficace, la *castration utérine*.

D'après lui, au lieu de s'attaquer directement aux suppurations, souvent difficiles à énucléer, il est préférable d'enlever d'abord l'utérus, de faire sauter la « *bonde* » pour drainer ensuite largement la cavité pelvienne et faire l'évacuation de toutes les collections enkystées.

Cette méthode, méthode de Péan, préconisée par son auteur et vigoureusement défendue par M. Segond, fit rapidement fortune et finit par supplanter presque complètement l'opération de Lawson Tait en Europe.

En Amérique, on perfectionna la méthode de L. Tait et Polk (1), le premier, fit la castration utéro-ovarienne, l'*hystérectomie abdominale totale*, pour des lésions suppurées des annexes.

(1) Polk, New York, Journal of Gynec. and Obst. 1892, volume III, n° 5.

Cette méthode, grâce aux perfectionnements que Delagenière, Doyen, Richelot apportèrent dans la technique opératoire, tend à devenir de plus en plus générale et à remplacer toutes les autres.

Mais jusqu'à cette époque, il n'est question que de la cure radicale par les moyens chirurgicaux. On se préoccupait avant tout d'enlever la lésion, de la poursuivre jusque dans ses dernières limites, sans se soucier de l'organe ainsi enlevé, dont on supprimait la fonction physiologique.

Dans cette voie de la cure radicale, on est allé très loin et même jusqu'à l'abus. Avec les progrès de l'antisepsie, de l'aseptie et de la technique opératoire, les interventions abdominales devinrent relativement faciles et peu graves. De là, l'abus qu'on en fit, à un certain moment, où l'on a pu constater, comme le disait Spencer Wells (1), une véritable oophorectomie épidémique.

C'est contre cette généralisation abusive des *castrations* que protestait déjà, en 1878, le grand laparotomiste anglais, le maître de l'ovariotomie, quand il s'écriait avec amertume : « Les chirurgiens enlèvent les ovaires des femmes avec autant d'impunité que les bouchers ceux des truies ».

Pozzi, Doléris, Poulet et Laroyenne, en France ; Schröder et Martin, en Allemagne ; Polk et P. Du-

(1) Spencer Wells (Ann. de Gyn. et de Chirurg., t. XXXVI, pages 346 et 410).

dley, en Amérique, protestèrent également contre cette marche envahissante de la chirurgie radicale.

On reprochait, en effet, aux opérations de Lawson-Tait et de Péan, d'être beaucoup trop radicales et de compromettre d'une manière funeste et irréfléchie la fonction d'organes, qui jouent un rôle si important dans l'économie et dans la vie de la femme. Elles supprimaient chez des femmes jeunes encore la vie sexuelle. Elles laissaient la femme mutilée, stérile, et, par conséquent, tout à fait inférieure au point de vue physique et moral. Elles déterminaient une ménopause précoce et, avec elle, des troubles d'ordre général et nerveux, quelquefois graves.

On se demanda à bon droit, si, avec des opérations moins graves et moins radicales, on ne pourrait pas obtenir la guérison et sauvegarder la fonction physiologique de l'ovaire ; s'il n'était pas possible d'appliquer aux organes génitaux de la femme le grand principe de la *conservation*, appliqué partout ailleurs ; si enfin, au lieu d'extirper, on ne pourrait pas *conserver, restaurer, réparer*. C'est ainsi qu'est née la *chirurgie conservatrice* des organes génitaux. C'est cette méthode conservatrice des annexes que nous envisagerons dans notre étude et c'est d'elle que nous nous occuperons exclusivement.

La chirurgie conservatrice de l'ovaire et de la trompe commence en 1884, avec Schröder. C'est lui, en effet, le premier, qui, de parti pris, conserva une

partie d'ovaire sain après résection de la portion malade.

Au Congrès de la Société obstétricale de Berlin du 11 juillet 1884 (1), il rapporta sept cas d'opérations conservatrices de l'ovaire. Dans tous ces cas, Schröder, après avoir enlevé l'ovaire et la trompe d'un côté, n'enleva de l'autre que la partie malade, respectant la portion macroscopiquement saine. Son intention, en agissant ainsi, était de conserver aux malades la menstruation et l'ovulation.

Une de ces observations est particulièrement intéressante. Après avoir fait, d'un côté, l'extirpation d'un gros kyste de l'ovaire, Schröder trouva de l'autre côté un petit kyste dermoïde : il fit l'ablation du kyste et réséqua une grande partie de l'ovaire, dont il conserva un petit fragment qui paraissait sain. La malade guérit, devint enceinte et accoucha à terme. Quinze ans après, cette malade revue par Matthaei, était en pleine santé et avait eu un nouvel accouchement.

A l'occasion de cette communication, Schröder discuta et établit d'une manière précise les indications et contre-indications des opérations conservatrices de l'ovaire.

« Ces opérations conservatrices sont indiquées chez les jeunes femmes, dans l'espoir de leur conserver la menstruation et la fécondation, quoique ce résultat

(1) Schröder-Zeitschr. f. Gebur. und Gyn. 1884, Bd XI, page 358.

puisse être douteux et qu'une deuxième intervention soit quelquefois nécessaire.

La conservation est contre-indiquée : 1° toutes les fois qu'il y a le moindre soupçon de dégénérescence maligne même d'un seul côté ; 2° quand la ménopause est prochaine ; 3° quand il y a eu grossesses nombreuses.

Schröder est donc le véritable instigateur des opérations conservatrices de l'ovaire.

Avant lui, il est vrai, un certain nombre d'opérateurs avaient, dans certains cas, pratiqué des opérations conservatrices, mais jamais systématiquement et de parti-pris.

Spencer Wells, toutes les fois que dans le cours d'une ovariectomie pour kyste de l'ovaire, il rencontrait dans l'ovaire de l'autre côté des petits kystes folliculaires, se contentait de les ponctionner avec le bistouri, conservant ainsi l'ovaire. Une des malades qu'il avait traitée ainsi, se maria et eut plusieurs enfants. En 1882, il rapportait 1.000 cas d'ovariectomie unilatérales, suivies de 230 accouchements chez 228 femmes.

Schatz (1) put observer une grossesse chez une femme à laquelle il avait laissé, sans le savoir, un fragment d'ovaire presque insignifiant dans le pédicule.

A Martin, de Berlin, revient le mérite d'avoir fait

(1) Schatz. Verhandl der vierten Versamml. Gesellsch. f. Gyn. In Bon. central B. für Gyn. 1891, n° 25, p. 526.

le premier sur cette question une étude complète reposant sur un grand nombre de cas. Déjà, à l'occasion de la communication de Schröder, il parla de quatre cas d'opérations conservatrices pratiquées par lui. Sa première opération de ce genre, avait été faite le 26 mai 1878, par conséquent avant la 1^{re} de Schröder (20 octobre 1879).

A cette époque, il est vrai, il était encore hésitant et faisait certaines réserves, et ce ne fut que plus tard, en 1889, qu'il préconisa résolument les opérations conservatrices et devint le champion le plus vigoureux et le plus ardent de la chirurgie conservatrice de l'ovaire et de la trompe. C'est lui notamment qui, le premier, a préconisé et défendu les opérations partielles de la trompe.

Le 11 mars 1889 (1), il présenta à la Société de Chirurgie de Berlin, dix cas d'opérations conservatrices de l'ovaire.

En 1891, au 4^e Congrès de Gynécologie de Bonn (2), il présenta un mémoire des plus importants, avec 11 cas nouveaux de résection de l'ovaire et 24 cas de résection de la trompe.

Enfin, en 1893 (3), au 5^e Congrès de Gynécologie de Breslau, il rapporta des cas nouveaux.

(1) Martin. Ueber partielle und extirpation. Sammlung Klinisc. Vortrage und Volkman, 1883, page 2 ; 481.

(2) A. Martin. Verhandl der deutsch. Gesellsch. fur Gyn., 1891, 242-254 et 263-264.

(3) Verhandl der deutsch Gelles, fur. Gyn., 1893, page 244.

On trouvera plus loin les résultats complets des opérations conservatrices faites par Martin ; nous en donnons ici un résumé très sommaire.

Dans tous les cas, il s'agissait de femmes encore jeunes, chez lesquelles une des annexes était assez malade pour justifier l'ablation totale, tandis que l'autre, moins altérée, pouvait être conservée.

Sur les 27 cas de résection de l'ovaire, il y eut un cas de mort à la suite d'une péritonite septique. Les 26 restantes ont toutes guéri et ont été revues et examinées à plusieurs reprises par Martin, quelques-unes 5 mois après l'opération, d'autres un, deux, trois et six mois après.

Une de ses malades était morte, un an après l'opération, d'un étranglement intestinal ; chez deux, on avait fait une nouvelle laparotomie pour extirper le reste de l'ovaire, dont la dégénérescence avait fait des progrès ; 23 étaient guéries complètement et avaient une menstruation régulière. *Huit de ces malades, ($\frac{1}{3}$ par conséquent), étaient devenues enceintes.*

Dans les opérations portant sur la trompe, les résultats ont été moins brillants, mais toujours remarquables.

Sur 65 observations de résection et d'ablation (1), il y a eu 2 morts ; les autres ont été suivies de guérison. 53 de ces malades avaient été revues ; chez 48,

(1) Martin A. Die Krankheiten der Erleiten, page 215.

la guérison s'était maintenue ; chez 5, il y avait eu une récédive. Deux des opérées étaient devenues enceintes.

Depuis 1893, l'habile gynécologiste de Berlin n'a pas cessé de préconiser le traitement conservateur, dans les affections des annexes. Le nombre de ses opérations atteint aujourd'hui plusieurs centaines et ses résultats sont de plus en plus satisfaisants.

Tout dernièrement (octobre 1898), dans une entrevue que le distingué professeur a eu la bonté de nous accorder, il nous exprimait la faveur, chaque jour plus grande, qu'il accordait aux opérations conservatrices et les excellents résultats qu'il en obtenait.

« J'ai, nous dit-il, plus de 10 o/o de grossesses, dans les cas de réséction de l'ovaire et encore plus dans les cas de ponction des petits kystes folliculaires ».

A la suite de la très intéressante communication de Martin, au Congrès de Bonn, une discussion très importante s'élevait au sujet des opérations conservatrices et les gynécologistes les plus distingués émettent leur opinion.

Schatz (1) (de Rostock) rapporta plusieurs cas et se montra favorable à la méthode conservatrice :

(1) Verhandl der Vierten Gesellschaf. fur. Gynéc, 1891, pages 263-264.

Zweifel, tout en reconnaissant que le procédé a du bon, recommanda la plus grande prudence.

Il parla d'un cas dans lequel il fut obligé de faire une deuxième laparotomie pour extirper le fragment d'ovaire qu'il avait conservé et qui était entièrement scléro-kystique. L'opération avait été très difficile, parce que le morceau d'ovaire avait contracté de fortes adhérences avec le rectum et le méso-rectum. Il parla encore du danger des opérations conservatrices de la trompe. Sur 6 résections, il avait eu 1 mort ; il est vrai qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un pyosalpinx et que la malade était morte de péritonite septique.

Hegar (de Fribourg) désapprouve formellement le procédé conservateur : « J'ai fait, dit-il, un essai déplorable ; j'avais extirpé chez une femme l'ovaire d'un côté pour un *cystome* (kyste prolifère) et conservé l'ovaire de l'autre côté, qui, bien que suspect, me paraissait suffisamment indemne. L'examen microscopique après l'opération, démontra que ce que j'avais pris pour une tumeur bénigne était, en réalité, un sarcome. La malade guérit cependant et eut un enfant contrefait et rachitique, mais quelque temps après, un sarcome se développa sur l'ovaire conservé, la tumeur était inopérable et la malade mourut.

Léopold (de Dresde) cita deux cas défavorables et rejeta comme Hegar le procédé conservateur.

Landau L. (de Berlin) repoussa la résection de la trompe, qui, selon lui, serait une cause d'infection et de grossesse extra-utérine.

Chroback (de Vienne) se déclara opposé à la résection de la trompe, qui peut donner lieu à une grossesse extra-utérine.

Skutsch (d'Iéna) parla d'un cas d'hydro-salpinx, guéri par la *salpingostomie* avec conservation des deux ovaires.

P. Müller (de Berne) conseilla, au lieu de la résection de l'ovaire, l'ignipuncture pratiquée avec le thermocautère. Il disait avoir employé plusieurs fois ce procédé ; mais les malades n'avaient pas été suivies ultérieurement.

Comme on le voit, les opinions des auteurs sont contradictoires et plutôt défavorables à la conservation. Nous ferons remarquer, toutefois, qu'en Allemagne il semble que la majorité des chirurgiens se prononce aujourd'hui en faveur de la conservation.

Gusserow et Wildow font la résection dans les cas de kyste dermoïde de l'ovaire.

Hofmeier conseille l'opération conservatrice.

Sippel (1) en 1893, publia une très intéressante observation d'ablation d'un ovaire avec résection de l'autre, qui fut suivie d'un accouchement à terme.

Olshausen est favorable à la conservation. Le

(1) Sippel. — Central B. f. Gyn., 1893, p. 43.

très éminent professeur a bien voulu nous donner son opinion sur ce point.

« A notre époque, on opère trop, nous dit-il. Je suis partisan des opérations conservatrices de l'ovaire dans certains cas. Je crois, par exemple, me fondant sur la statistique de Spencer Wells et sur mes propres résultats, que, quand au cours d'une ovariectomie, on trouve sur un ovaire des petites formations kystiques, on doit se borner à la ponction simple et respecter l'organe. »

Les ovaires ainsi conservés, deviennent rarement malades, au point de nécessiter une deuxième opération. Sur 29 cas ainsi traités, 2 fois seulement on a eu besoin de faire une deuxième opération pour dégénérescence kystique de l'ovaire conservé.

Dans les cas de kystes dermoïdes, je fais la résection de l'ovaire et j'ai eu de très bons résultats. Mon assistant le docteur Matthaei a recueilli et publié ces cas.

Je n'ai pas d'expérience sur les opérations partielles de la trompe, que je n'ai jamais faites ; mais je ne leur accorde pas une grande valeur. La communication de Matthaei (1) à la Société d'Obstétrique de Berlin, sur la résection de l'ovaire, est particulièrement intéressante. Elle comprend 6 cas de résection de l'ovaire pour kyste dermoïde.

(1) Matthaei (Über Ovarial resection. Zeitsch fur Geburt und Gyn. 1895 Bd XXXI page 345).

On trouvera au chapitre des indications, ces observations, dont nous donnons ici les résultats.

Toutes les 6 malades guérissent complètement et conservèrent une menstruation régulière. Cinq étaient devenues enceintes, 4 avaient accouché et la 5^e était enceinte de 6 mois. Chez une de ces malades on avait laissé à peine 1/5 de l'ovaire.

Si, comme le fait observer Matthaei, on tient compte que la malade qui n'est pas devenue enceinte, était une célibataire qui pouvait parfaitement concevoir, on peut dire que, dans le présent cas, il y a eu 100 % de grossesses après la résection de l'ovaire.

Pfanestiel (1) dans l'ouvrage de Veit cite 17 cas d'opérations conservatrices de l'ovaire faites par lui avec *bon résultat*.

M. Pozzi fut en France, le promoteur et le défenseur le plus ardent des opérations conservatrices de l'ovaire.

A maintes reprises et dans de nombreuses publications personnelles, ou faites par ses élèves, il les a défendues et préconisées et tous ses efforts ont tendu à les acclimater en France.

C'est à lui qu'appartient le mérite d'avoir vanté les avantages de l'ignipuncture dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique ; car s'il est vrai que Muller (de Berne) avait déjà parlé au Congrès de Bonn de l'ignipuncture, il n'avait publié aucun résultat.

(1) Veit Handbuch der Gyn., p. 288.

C'est lui qui a réglé la technique de cette opération, formulé ses indications et vulgarisé sa pratique.

C'est donc à tort que Ranguin (1), dans sa thèse, appelle cette opération : *opération de Martin* ; on pourrait l'appeler avec plus de justesse : *opération de Pozzi*.

M. Pozzi (2) a démontré l'avantage qu'il y avait à combiner l'ignipuncture avec la résection dans les cas d'ovarite micro-kystique, en même temps qu'il a précisé les indications et la technique de la *salpingorraphie*.

La première communication de M. Pozzi à la Société de Chirurgie de Paris, remonte au mois de juillet 1891. Elle comprenait deux cas de résection de l'ovaire.

En 1893 (3), il rapportait à l'Académie de médecine 12 cas nouveaux, 6 de résection de l'ovaire et 6 d'ignipuncture. Les observations de ces 12 cas ont été rapportées *in extenso* dans la thèse de son élève Delaunay (4) soutenue à la Faculté de Paris en 1893.

A la réunion de la British méd. association de

(1) Ranguin. Thèse Paris, 1893.

(2) S. Pozzi (Discussion sur la Castration incomplète. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, p. 559-560).

(3) S. Pozzi. Des opérations conservatrices de l'ovaire. Ann. de gyn. et d'obst. mars 1893, pages 166-175.

(4) E. Delaunay. Des opérations conservatrices de l'ovaire. Thèse Paris 1893.

Newcastle 1893 (1) et au XI^{me} Congrès médical international de Rome (2), il fit des communications sur le même sujet.

En 1895, il inspira la thèse de son élève R. Donnet (3). Cette thèse comprenait 23 observations.

Sur ces 23 malades, 19 ont été guéries complètement, 3 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, une n'a eu qu'une légère amélioration.

Sur les 19 malades guéries, 13 avaient une menstruation régulière et ne souffraient plus ; 6 avaient conservé quelques légères douleurs. 4 de ces malades étaient devenues enceintes.

Enfin, dans un mémoire (4) récent et extrêmement remarquable, que nous aurons l'occasion de citer très souvent dans notre travail et auquel nous ferons de larges emprunts, il donne la statistique complète des opérations conservatrices de l'ovaire qu'il a faites depuis 1891 jusqu'à 1897.

On trouvera plus loin ces résultats avec détails, qu'il nous suffise, pour le moment de dire que le nombre des opérations conservatrices faites par lui jusqu'à cette époque, était de 62.

(1) S. Pozzi. The conservative treatment of diseases of the uterine appendages. Brit. M. sept. 1893 page 563.

(2) S. Pozzi. Ann. de gyn. et d'obst. 1894 page 563.

(3) R. Donnet. Résultats éloignés des opérations conservatrices. Thèse Paris 1895.

(4) S. Pozzi. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. Revue de gyn. et de chirur. abdominale, février 1897 n° 1 page 1 à 48.

Sur ces 62 malades, toutes étaient guéries de l'opération ; 48 avaient été revues après un espace de temps variant de 6 mois à 5 ans.

Sur ces 48 malades revues, 33 étaient guéries complètement ; 7 n'avaient retiré aucun bénéfice de l'opération ; et 8 avaient dû subir une opération itérative. Douze de ces malades, c'est-à-dire $\frac{1}{4}$, étaient devenues enceintes.

A ces 62 cas nous ajoutons 6 observations plus récentes que le très honoré maître a bien voulu nous communiquer ; et qui consistent pour notre travail un élément très précieux.

Outre M. Pozzi, il faut citer les noms de MM. Schwartz, Delbet, Richelot, Tuffier, Legueu et Clado qui ont également pratiqué des opérations conservatrices des annexes en France.

Dans la thèse de E. Ranguin (1), nous trouvons 7 observations très sommaires d'ignipuncture faite par M. Schwartz, toutes de date récente.

Quatre de ces 7 malades avaient été revues. Sur ces 4 malades, une avait été seulement améliorée, une autre avait dû subir l'hystérectomie vaginale et chez deux autres enfin, la guérison était complète. Une de ces 2 était même devenue enceinte.

Les dernières opérations conservatrices faites par M. Schwartz sont rapportées parmi nos observations.

Elles sont au nombre de 9.

(1) E. Ranguin loc. cit.

La thèse de Chavin (1) inspirée par M. P. Delbet contient 10 cas de conservation unilatérale ; 7 de ces malades avaient été revues ; 4 avaient guéri complètement et chez 3, l'opération avait échoué. Deux des malades guéries étaient devenues enceintes.

Une de ces observations est particulièrement intéressante. Il s'agit d'une malade de 27 ans, qui avait manifesté le désir de pouvoir avoir des enfants après son opération. A l'ouverture du ventre, M. Delbet trouve les annexes gauches très malades, il en fait l'ablation. Du côté droit, la trompe est atteinte de salpingite catarrhale, le pavillon oblitéré mais non distendu. Il fait de ce côté la salpingostomie, conservant l'ovaire et la trompe. La malade guérit complètement et accoucha d'un enfant vivant. L'année dernière (5 ans après l'opération), elle était dans un état de santé excellent, elle avait accouché encore une fois et demandé à se placer comme nourrice.

Cette opération est le premier cas de *salpingostomie* fait en France.

M. P. Delbet a fait encore à maintes reprises des opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe.

Six des observations que nous publions lui appartiennent.

M. Richelot également pratique la chirurgie conservatrice depuis quelques années. Le distingué

(1) Chavin II. Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés. Th. de Paris, 1895.

chirurgien de Saint-Louis a bien voulu nous communiquer les opérations de ce genre qu'il a faites depuis 1896. Elles sont au nombre de 15, toutes suivies d'un bon résultat opératoire. Nous donnons in extenso les opérations des malades qui ont été revues. Une de ces observations surtout offre un grand intérêt : il s'agissait d'une malade chez laquelle on avait fait l'ignipuncture pour ovarite scléro-kystique, avec salpingite parenchymateuse. La malade est devenue enceinte.

M. Legueu (1) conseille la chirurgie conservatrice dans son « Traité de Gynécologie » paru l'année dernière et rapporte un cas de salpingostomie faite par lui et suivi de grossesse.

Nous avons la bonne fortune de rapporter nous-mêmes trois observations de ce genre, que le distingué et aimable chirurgien nous a communiquées. Deux de ces cas ont été suivis de grossesse.

M. Tuffier est partisan de la méthode conservatrice. Il a été un des instigateurs de la colpotomie en France, avec Laroyenne, Goullioud, Bouilly et Le Dentu. La thèse de F. Rodriguez, sur ce sujet, a été inspirée par lui. Il a pratiqué, à plusieurs reprises, l'ignipuncture, la salpingorrhaphie et la rupture des adhérences avec conservation des

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. Gynécologie, page 781.

annexes. Nous sommes bien heureux de rapporter, dans notre travail, cinq observations que l'habile et illustre chirurgien nous a communiquées. Un de ces cas a été suivi de grossesse.

M. Clado applique, depuis trois ans, dans le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu, le traitement conservateur de l'ovaire et de la trompe. Il s'est occupé plus spécialement, avec Duplay, du traitement conservateur de la trompe. C'est lui l'inventeur et le vulgarisateur de la *salpingo-ovaro-syndèse*, nouveau procédé de conservation de la trompe et de l'ovaire, très ingénieux, dont il a bien réglé la technique opératoire ; nous en parlerons plus loin.

Dans la thèse très récente de notre ami Airolles (1) faite à son instigation, se trouvent très bien exposés, la technique, les indications, contre-indications et résultats de l'opération. Ce travail contient 6 observations de *salpingo-ovaro-syndèse* toutes très intéressantes. Le résultat opératoire a été parfait dans tous les cas ; quant au résultat thérapeutique, il est impossible de se prononcer, parce que les observations sont toutes de date récente et les malades n'ont pas été revues.

Grâce à l'obligeance de M. Clado, nous pouvons rapporter aujourd'hui sur le même sujet quatre obser-

(1) L. Airolles. — La *salpingo-ovaro-syndèse* ou résection de la trompe de Fallope, thèse Paris, 1899.

tions qui permettent d'apprécier la valeur de l'opération (observations n^{os} 26 et 28. Toutes les malades sont bien portantes et bien réglées ; chez une, il y a eu soupçon de grossesse.

Donc on peut dire, dès à présent, que la salpingo-ovaro syndèse donne un bon résultat, tant au point de vue opératoire que thérapeutique.

Pour être complets nous devons citer la thèse de Blagny, inspirée par M. Jayle, qui vient d'être soutenue devant la Faculté de Paris. Dans ce travail l'auteur partant de cette idée, qu'il considère comme démontrée, que c'est l'ovaire et sa sécrétion interne qui sont en cause dans la pathogénie des troubles post-opératoires consécutifs à la castration ovarienne, conclut que c'est l'ovaire qu'il faut conserver en totalité ou partiellement après salpingectomie bilatérale, et il considère la salpingectomie avec ovariectomie partielle comme le traitement idéal de la salpingo-ovarite.

Il rapporte six observations, une de M. Lejars et 5 de M. Jayle.

Dans l'observation de M. Lejars, très probante, il y avait eu ablation complète des annexes gauches et salpingectomie droite avec conservation de l'ovaire droit.

La malade revue 2 ans après était bien portante, régulièrement menstruée et ne présentait pas de troubles post-opératoires.

Dans les observations de M. Jayle, dans 2 cas il avait fait l'ablation complète des annexes d'un côté et la salpingectomie avec conservation de l'ovaire de l'autre côté; et dans 3 cas l'ablation complète d'un côté et la salpingectomie avec ovariectomie partielle de l'autre. Ces observations sont toutes intéressantes mais trop récentes pour permettre un jugement définitif.

Nous devons dire, cependant, que, d'une manière générale, et malgré les brillants résultats obtenus par les chirurgiens que nous venons de citer, la chirurgie conservatrice des annexes, ne jouit pas d'une grande faveur en France.

Un grand nombre de chirurgiens, et des plus notables, s'ils ne sont pas opposés en principe à la conservation et aux opérations conservatrices, ne leur accordent pas non plus une grande valeur et les regardent comme *très aléatoires*, presque *illusaires*, dignes de très peu de confiance.

Peut-être une des causes de ce *dédain* des chirurgiens français à l'égard des opérations conservatrices, est-elle, comme le dit un chirurgien américain, M. P. Dudley (1), la grande habileté qu'ils ont acquise dans la pratique de l'hystérectomie vaginale. « Les chirurgiens sont devenus si habiles dans la pratique de l'hystérectomie, qu'il deviennent invo-

(1) P. Dudley Amer. Journ. of Obst. 1898 volu. XXXVII, page 15.

lontainement un des *plus grands facteurs de dépopulation de leur pays*, en diminuant le nombre des grossesses.

M. Routier (1), le premier, se prononça nettement contre la résection de l'ovaire et l'ignipuncture préconisées par Pozzi. Dans la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie de Paris, lors de la 1^{re} communication de M. Pozzi, il rapporta trois observations négatives et critiqua la méthode.

Il résume son opinion dans cette formule : « Ou les annexes sont assez malades pour justifier une ablation totale, où elles ne le sont pas et alors même la castration partielle n'est plus indiquée. »

Nous avons eu l'occasion, dernièrement, de demander au distingué chirurgien de Necker, son opinion actuelle sur le même sujet. Elle n'a pas changé. « J'ai fait, nous dit-il, plusieurs fois l'ignipuncture et la résection partielle de l'ovaire, dans des cas de lésions inflammatoires des annexes. Dans la plupart des cas, les malades ont continué à souffrir comme avant l'opération et j'ai dû intervenir de nouveau. Le seul cas où j'admets la *conservation unilatérale* c'est le cas de néoplasme bénin de l'ovaire (kyste folliculaire, kyste dermoïde) ».

C'est aussi l'opinion de M. P. Segond que nous avons interrogé à ce point de vue. « Mon opinion sur

(1) Routier (Bulletin et Mém. Société de Chirurgie 1894 T. XVII page 569.)

ce point, nous dit l'éminent gynécologue, est consignée dans mon rapport au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles, page 44. A cette époque, j'écrivais : « Sans contester le moins du monde les quelques succès annoncés par les partisans des *résections partielles*, j'avoue que mes préférences pour l'hystérectomie et les opérations radicales n'en sont aucunement atténuées. Je demeure, en effet, très convaincu que les avantages de cette prétendue chirurgie conservatrice sont plus *apparents* que *réels*, et la note juste se trouve, à mon avis, dans cette réflexion de Routier : Ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation, ou il ne l'est pas et alors, même la castration partielle n'est pas indiquée. Mon opinion aujourd'hui est la même.

Comme autre preuve de la défiance que M. Second éprouve vis-à-vis des opérations incomplètes, je reproduis ici la note qu'il a récemment adressée à la Société de Gynécologie de Bucarest sur la conservation des ovaires dans l'hystérectomie : « S'il est vrai qu'un utérus, privé de ses ovaires, ne vaut pas plus qu'un fusil sans cartouches, et, au point de vue physiologique, j'estime que cette boutade répond absolument à la vérité, la réciproque n'est pas moins exacte. Je sais bien que, pour défendre la conservation des ovaires, en cas d'hystérectomie abdominale ou vaginale, on invoque les vertus de leurs mystérieuses sécrétions, mais la clinique le démontre, si l'on met en

balance les avantages des susdites sécrétions avec la proportion des opérations secondaires que nécessitent les ovaires laissés en place, volontairement ou non, il n'y a pas, à mon avis d'hésitation ni de doute possible.

Une bonne et solide guérison, conférée par l'ablation totale, vaut bien quelques bouffées de chaleur de plus ; et quand une femme est assez malade pour avoir besoin d'une hystérectomie, je ne comprends pas qu'on hésite à la guérir, d'un coup, sans rien laisser qui la puisse exposer à la nécessité d'une autre opération. Dans l'hystérectomie abdominale j'enlève donc toujours les deux annexes, et dans l'hystérectomie vaginale je procède de même, toutes les fois que je le puis, c'est-à-dire dans la majorité des cas. »

MM. Terrier, Duplay pensent que, quoique les résultats donnés jusqu'ici par les opérations conservatrices laissent beaucoup à désirer, la tendance des chirurgiens ici comme ailleurs, doit être vers la chirurgie conservatrice et que, étant donné le peu de gravité d'une nouvelle opération, il vaut mieux en courir le risque, que priver la malade de la possibilité d'une grossesse.

MM. Bouilly, Reclus, Hartmann, à qui nous avons demandé leur opinion sont du même avis que MM. Routier et Segond.

P, Dudley et Polk sont, en Amérique, les défen-

seurs de la chirurgie conservatrice de l'ovaire et de la trompe.

L'œuvre de M. P. Dudley dans ce sens est considérable et des plus belles. Depuis octobre 1887, date de sa première opération conservatrice, jusqu'en 1898, date de sa dernière communication (1), il a fait 103 opérations et il n'a eu qu'un seul cas de mort et une récédive.

Pour bien apprécier l'importance de ces résultats, il faut remarquer que pour Dudley le mot conservation (conservatisme) signifie la résection d'une partie de l'ovaire et la conservation du reste, et nullement une opération, peu grave, comme l'ignipuncture. De plus, dans beaucoup de cas, il a enlevé la plus grande partie de l'ovaire, n'en conservant qu'un morceau à peine gros comme un pois, et dans bien des cas il a fait la résection de la trompe non seulement pour salpingite catarrhale, mais aussi pour pyosalpinx.

En 1896 (2), il rapportait 68 cas à « The Woman's Hospital Society (3). »

En 1897, à l'Association médicale de New-York (2), il citait 88 cas, et bien qu'il n'ait pas pu suivre l'observation de tous ces malades, parmi celles

(1) P. Dudley. Further report upon conservative surgery of uterine appendages. Amér. journal of obst., octobre 1898.

(2) P. Dudley. Amér. journ. of obst., février 1897.

(3) P. Dudley. Some remarks upon conservative surgery of the uterine appendages. Amér. journ. of obst, vol. 37 n° 1 1898.

qu'il a pu revoir, 14 (1/6) étaient devenues enceintes ; 8 avaient accouché à terme, 4 avaient avorté et étaient devenues de nouveau enceintes.

L'œuvre de Polk dans la chirurgie conservatrice des annexes n'est pas moins considérable et ses résultats sont des plus beaux.

En 1886, il posa cette question devant la Société de médecins de Washington : Peut-on dans les affections chroniques des annexes obtenir la guérison sans sacrifier la menstruation et l'évolution ? Sa réponse était affirmative.

L'année suivante, il présentait à la Société d'Obstétrique de New-York, 8 cas de Salpingite catarrhale avec adhérences, traitées avec bon résultat, par la simple libération des adhérences. Depuis cette époque, l'illustre professeur de New-York n'a pas cessé de s'intéresser à la question et de lui apporter le concours de sa longue expérience et de sa haute autorité scientifique.

Dans son rapport au Congrès de médecine Américain (1), en 1891, il traita longuement la question des opérations destinées à préserver les annexes utérines et rapporta 42 cas qu'il classait ainsi :

1° Cathétérisme et drainage de la trompe ; 6 cas avec 3 guérisons, 2 morts et 1 récidive.

(1) « Polk. A report upon certain operations designed to preserve the uterine appendages » Amer Jour. XXIV n° 9 1891

2° Résection de la trompe et suture du reste à l'ovaire; 4 cas avec 3 guérisons et un résultat inconnu.

3° Rupture d'adhérences; 19 cas. avec 14 guérisons, 4 récidives et 1 résultat inconnu. Trois des malades guéries étaient devenues enceintes.

4° Incision exploratrice de l'ovaire: 3 cas avec 3 guérisons;

5° Fixation des ligaments **ronds** à la paroi abdominale: 4 cas, avec 4 **guérisons**;

6° Résection de l'ovaire: 6 cas, avec 4 guérisons, un résultat nul et un inconnu.

En mai 1893 (1), devant la Société de Gynécologie Américaine il rapporta 28 cas nouveaux, avec 23 guérisons, une amélioration et 4 résultats nuls. Deux des malades guéries étaient devenues enceintes.

Enfin, en 1894 (2), dans son rapport au Congrès de médecine et de chirurgie tenu à Washington, sur la chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme, il expose la question d'une manière magistrale.

Après avoir passé en revue les différentes opérations conservatrices qu'on fait sur les organes pelviens de la femme: périnéorrhaphie, colporrhaphie, sto-

(1) Opérations upon the uterine appendages. Amer. Journ., août 1893.

(2) Polk. The conservative surgery of the female pelvic organs. Amer. Journ. of obst. vol. XXX, n° 1, pages 1-15, 1894.

matoplastie, curettage, myomectomie, etc., il fait remarquer que ce qu'on cherche à obtenir par toutes ces opérations, c'est la *préservation de la fonction* et il insinue qu'il doit en être de même dans les opérations conservatrices des annexes.

Pour lui, le but primordial de ces opérations doit être la *préservation de la menstruation* et de l'*ovulation* et avec elle, l'*intégrité physique et mentale* de la femme; la question de la conservation de la *fécondité* ne viendrait qu'en deuxième lieu.

Ces opérations sont indiquées, d'après lui, non-seulement dans les cas de salpingite catarrhale, ovarite, péri-ovarite, adhérences, mais aussi dans les cas de pyosalpinx, hydrosalpinx, hémato-salpinx, abcès de l'ovaire, etc., où l'on fait généralement l'extirpation et où lui-même la conseillait dans ses premiers mémoires.

Dans ces cas, si la trompe est très altérée, il l'enlève complètement, mais il conserve l'ovaire.

Le nombre total des opérations conservatrices était de 121 avec 3 morts.

Ces opérations se décomposaient ainsi : 45 résections de la trompe ; 36 résections de l'ovaire ; 28 libérations des adhérences ; 12 cathétérismes de la trompe avec ouverture du pavillon et fixation des franges à l'ovaire. Il y avait eu 12 récides et 6 grossesses. Une de ces grossesses s'était produite après la résection des $2/3$ de l'ovaire ; une autre

après résection de la trompe, une troisième après l'incision de l'ovaire et la ponction des petits kystes, et les trois autres après rupture et libération des adhérences.

Il citait, de plus, dans son rapport, deux autres cas de grossesses : l'un du docteur Baer après résection de la trompe et suture à l'ovaire, et l'autre du docteur Mc. Monagle, dans lequel les adhérences étaient tellement solides, qu'après avoir enlevé les annexes droites, il lui avait été tout à fait impossible d'extirper les annexes gauches, et il avait dû se contenter d'enlever la partie libre du pavillon. La malade accoucha d'un enfant à terme, 1 an 1/2 après.

A la suite de la communication de Dudley (1) et Bovée à la Société gynécologique américaine, la question fut l'objet d'une discussion au cours de laquelle les gynécologistes américains émirent leur opinion.

Kelly (de Baltimore) dit que dans la pratique, on sacrifie très souvent la trompe et l'ovaire inutilement, par habitude, par routine ou simplement pour une question de technique : parce qu'il est plus facile de faire l'extirpation complète que la résection partielle. C'est un grand tort à son avis.

On parle, en effet, très souvent d'ovarite chronique, mais en réalité, c'est une affection bien moins fréquente qu'on le dit.

(1) *American Journ. of Obst and Gyn.* Octobre 1898.
Montana

Si on enlève la trompe, on supprime la possibilité de la *conception* ; mais on conserve la menstruation ; si on enlève l'ovaire, on sacrifie sa sécrétion interne et si on enlève l'utérus, on sacrifie la menstruation.

On doit donc toujours s'efforcer de conserver la trompe en totalité ou en partie, tout au moins, de manière à faire subsister toujours chez la malade un espoir de grossesse, ce qui constitue pour elle une grande satisfaction.

Toutefois, la conservation a ses limites : chez les femmes, près de la ménopause, elle n'est pas nécessaire ; au contraire, chez les jeunes femmes, on peut pousser ce désir de conservation jusqu'à laisser, s'il est possible, le moindre fragment d'ovaire.

Dans les cas de papillome ou de carcinome, cependant, elle est contre-indiquée.

Pour l'auteur, c'est une faute d'enlever les ovaires quand on enlève un utérus fibromateux.

Cette conservation (conservatisme) consiste pour lui à épargner un organe ou une portion d'organe à fonction importante, qui, bien que malade, est encore dans la possibilité de reprendre son activité fonctionnelle.

Comme exemple de ce qu'on peut obtenir par la conservation (conservatisme), il cite deux observations intéressantes de sa pratique : La 1^{re} dans laquelle il avait fait la conservation chez une femme

qui était dans une situation grave, dans un état typhoïde. Il trouva à l'ouverture du ventre tous les organes pelviens agglutinés par des adhérences ; il ouvrit le cul-de-sac postérieur et draina par le vagin. La malade guérit complètement et conserva sa menstruation. Un an après, on ne pouvait découvrir par l'examen aucune trace de maladie.

Dans la 2^e observation, il avait pratiqué l'ablation complète de la trompe *droite* et de l'ovaire *gauche* et conservé la trompe *gauche* et l'ovaire *droit*.

La malade guérit complètement et devint enceinte au bout d'un an ; mais, comme la grossesse était extra-utérine, il dut enlever la trompe gauche, tout en gardant l'ovaire droit. La malade conserva sa menstruation régulière et une santé parfaite.

M. Gill Wylie (de New-York) déclare qu'il est conservateur depuis longtemps. Il connaît beaucoup de cas où on a fait l'ablation des annexes sans nécessité. Ce sont surtout les *derniers venus* de la chirurgie les *homéopathes* en particulier, qui sont les plus dangereux à ce point de vue.

Quant à lui, il conserve l'utérus, quand il enlève les ovaires, s'il n'est pas très malade ; c'est, à son avis, la raison de la faible mortalité qu'il a dans les laparotomies. Il conserve les ovaires quand il enlève l'utérus et les trompes et il n'a qu'à se louer de cette pratique. Toutefois, il n'accorde pas une grande valeur au traitement conservateur du pyosalpinx et ne croit

pas que les malades auxquelles on a laissé une partie des annexes puissent devenir enceintes.

M. E. W. Cushing de Boston dit que ce qu'on appelle la chirurgie conservatrice des annexes est fondée sur deux arguments faux. En 1^{er} lieu, on donne comme prouvé que toutes les femmes désirent avoir des enfants ; or, ce n'est pas toujours le cas.

En 2^e lieu, on affirme que l'ablation de l'utérus et des annexes chez une femme, la met dans une condition inférieure au point de vue sexuel, ce qui est inexact.

Un très petit nombre de femmes qui viennent consulter le médecin désirent avoir des enfants, si c'est au prix d'une nouvelle opération. Leur principal souci, ce qu'elles désirent avant tout, c'est la santé.

D'autre part, l'ablation des annexes et même de l'utérus n'établit pas de différence dans les sensations sexuelles. Il peut l'affirmer et son opinion repose sur l'observation de centaines de cas.

On ne peut pas comparer l'oophorectomie avec l'orchidectomie, parce que les conséquences ne sont pas les mêmes. M. Mathew D. Mann, dit qu'il a toujours été le défenseur de la chirurgie conservatrice. Une des raisons qui le décident à être conservateur, c'est que, quand on garde les annexes ou une partie des annexes, on observe rarement les désordres nerveux qui se produisent souvent après l'ablation radicale.

Les résultats obtenus par l'administration d'extrait ovarien prouvent que l'ovaire a une influence importante sur l'organisme, encore peu connue d'ailleurs.

Il conclut en disant que ses malades ont toutes guéri et beaucoup sont devenues enceintes.

M. Wesley Bovée, de Washington, dit qu'il a agi toujours dans le même but que M. Dudley. Il recommande, au lieu de faire la ponction du vagin par en bas, de la faire par en haut, en se servant du doigt placé dans le vagin comme guide.

Nous devons encore citer parmi les chirurgiens américains conservateurs M. Bovea (1) qui présenta au Congrès des médecins de Philadelphie un important mémoire sur l'énucléation des kystes parovariens avec conservation des annexes. Il rapportait deux cas personnels et un de M. Kelly opérés ainsi avec bon résultat.

Sherwood-Dann (2) (de Los Angeles) qui cite deux cas de sa pratique, l'un de résection et l'autre d'ignipuncture pour ovarite chronique, suivis de succès.

Enfin nous devons mentionner M. le Dr E. Reynold, de Boston, qui a eu l'obligeance de nous communiquer son opinion sur la chirurgie conservatrice.

(1) The enucleation of a parovarian kist withom its tube or ovary, Am. Jour. of Obst. Vol. 397, n° 1, 1898.

(2) Southern Calif. Practitioner, déc. 1896.

« Mon opinion, nous dit-il, c'est que la chirurgie conservatrice de l'ovaire est la question palpitante de l'heure présente et que le progrès dans l'avenir doit tendre à sauver et à conserver de plus en plus le tissu ovarien.

Mais, malgré cette conviction, je pense aussi que nos connaissances cliniques des conditions dans lesquelles il est permis de laisser une portion d'*ovaire malade*, sans danger pour la malade, sont encore très insuffisantes. Force nous est donc de marcher lentement dans la voie de la conservation et je trouve plus prudent dans les cas douteux *d'extirper* que de conserver.

Ma pratique personnelle est, dans les cas de petits kystes avec trompe normale, d'arracher la paroi du kyste avec une pincé et de cautériser la surface avec le thermocautère. Dans le cas d'ovarite scléro-kystique je pense qu'il vaut mieux faire l'ablation. J'ai eu une récurrence chez deux malades auxquelles j'avais laissé une portion d'ovaire; une d'elles avait cependant accouché à terme d'un enfant vivant ».



INDICATIONS. -- CONTRE-INDICATIONS

D'une manière générale les indications des opérations conservatrices sont les mêmes que celles de la *cœliotomie* abdominale ou vaginale.

Or il y a deux grandes indications de cœliotomie : 1° la vie de la malade est en danger ; 2° malgré un traitement médico-chirurgical, bien dirigé et suffisamment prolongé, les lésions persistent et font de la malade une *infirm*e.

A ces deux grandes indications on doit en ajouter une troisième, quand il s'agit d'une intervention conservatrice : la malade est encore jeune.

Cette dernière indication est capitale, En effet, la raison d'être des opérations conservatrices, c'est la conservation des fonctions de l'ovaire, c'est-à-dire de la sécrétion interne et de l'ovulation ; et par conséquent la conservation de l'intégrité physique et psychique de la malade.

Donc si la femme est près de la ménopause, la conservation n'a plus raison d'être.

Sans vouloir fixer un âge, on peut dire, cependant, qu'après 35 ans la conservation perd de son importance.

Il résulte de ce que nous avons dit, qu'on ne doit pas admettre, sous prétexte de conservation, une intervention, qui ne serait pas justifiée par des symptômes sérieux. Ce n'est pas parce qu'une femme a quelques douleurs dans le ventre et quelques désordres menstruels, qu'on doit lui ouvrir le ventre, même dans le but de lui faire une opération conservatrice.

Ici, comme quand il s'agit d'une opération radicale, on doit avant d'intervenir chirurgicalement, mettre en œuvre les moyens médicaux et médico-chirurgicaux. On doit savoir être médecin avant d'être chirurgien.

Il faut essayer la *méthode indirecte* recommandée par Walton et Doléris, parce que, bien que ce ne soit pas une règle absolue il est indéniable que la dilatation utérine, le curettage, le drainage, le tamponnement convenablement dirigés, peuvent donner de vraies guérisons dans la période initiale d'infiltration des maladies annexielles.

Combien de temps faut-il attendre avant d'intervenir chirurgicalement ? C'est la marche même de la maladie qui donne la mesure exacte : mais il y a une

autre circonstance qui joue un grand rôle dans la fixation du moment de l'intervention, c'est la position sociale de la malade.

S'il s'agit d'une femme riche, on peut attendre longtemps ; « *ce n'est pas des jours, c'est des mois qu'on doit attendre* », dit M. Bouilly.

Si au contraire la malade est pauvre et a besoin de son travail, on ne pourrait prolonger longtemps l'expectation sans lui causer préjudice.

Dans quelle mesure peut-on faire de la chirurgie conservatrice sans danger pour la malade ? En d'autres termes, où doit finir la conservation, pour céder le pas à l'extirpation ? Seul l'examen direct des organes permet de résoudre la question. En règle générale, on doit toujours avoir présente à l'esprit, l'hypothèse d'une opération conservatrice ; mais c'est seulement après l'ouverture du ventre et l'examen attentif des lésions, de leur degré et de leur nature qu'on pourra se prononcer pour la conservation ou l'extirpation en connaissance de causes.

Par conséquent, toute laparotomie doit être *exploratrice au point de vue de l'intervention finale*, elle ne doit pas être suivie fatalement, comme le veulent quelques auteurs, de l'extirpation totale.

Les différentes lésions justiciables du traitement conservateur sont, pour l'ovaire : les adhérences avec péri-ovarites ; les différentes formes d'ovarite chronique ; les kystes folliculaires, les kystes des corps

jaunes, les hématomes, les néoplasmes bénins et les kystes paroovariens ; pour la trompe : la salpingite catarrhale, l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx et quelquefois le pyosalpinx.

ADHÉRENCES AVEC PÉRI-OVARITE

Les adhérences sont très fréquentes dans les affections inflammatoires des annexes.

Elles sont dues à la pelvi-péritonite ou pelvi-méto-péritonite qui accompagne toujours la lésion annexielle.

Elles englobent en général l'ovaire et la trompe et les maintiennent accolées à la paroi postérieure de l'utérus. On les trouve alors prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

Dans beaucoup de cas, ce sont elles la cause des douleurs et des autres symptômes morbides et il suffit de libérer les adhérences pour voir disparaître tous ces phénomènes et la guérison survenir.

Hadra (1) de Texas fut le premier à conseiller la rupture simple des adhérences dans les inflammations des annexes ; mais c'est Polk le véritable défenseur et le vulgarisateur de la méthode.

Nous avons déjà dit que sur le total de ses 123

(1) Cité par Pozzi. (Traité de Gyn., 3^e édit., page 700).

opérations conservatrices, 28 fois il s'est borné à la libération des adhérences. Trois de ces cas ont été suivis de grossesse.

Terrillon, en France en 1889, a obtenu un beau succès dans un cas de salpingite catarrhale, en déchirant les adhérences sans enlever les annexes.

Dans nos observations, la rupture des adhérences a été faite 5 fois ; 4 cas furent suivis de guérison complète, un d'amélioration seulement. Un de ces cas (observation n° 5 bilat) dû à M. Tuffier a été suivi de grossesse.

OVARITE CHRONIQUE

Les formes principales d'ovarite chronique dans lesquelles on peut appliquer le traitement conservateur (ignipuncture et résection) sont : *l'ovarite diffuse* (varicocèle tubo-ovarien) et *l'ovarite scléro-kystique*. C'est à propos de ces affections qu'on a discuté et qu'on discute encore sur la légitimité des opérations conservatrices. L'accord est loin d'être fait.

Si quelques auteurs comme Pózzi, Martin, Polk les préconisent et obtiennent de bons résultats ; d'autres comme Routier, Bouilly, Segond mettent en doute leur efficacité et vont jusqu'à les considérer comme *inutiles* et même *irrationnelles*. Pour ces au-

teurs, en effet, les inflammations chroniques de l'ovaire et de la trompe évoluent fatalement vers la destruction, l'altération complète de l'organe.

La maladie est partout, elle peut être plus avancée en certains points, mais elle est généralisée. Bref, ces auteurs rapprochent, au point de vue thérapeutique, les inflammations des annexes, des affections malignes.

L'indication serait donc la même : l'ablation totale de l'organe, la castration (1) non seulement unilatérale, mais bilatérale, afin d'éviter une nouvelle opération.

Conserver une partie de l'organe ou l'organe entier, c'est laisser une cause de récurrence, un germe d'inflammation nouvelle.

« Que laisse-t-on dans une résection d'ovaire scléro-kystique, sinon un moignon d'organe atteint de la maladie qui a provoqué la résection » (Rouquier) (2).

M. Paul Petit, dont la compétence sur ces matières est bien connue, rejette également l'ignipuncture et la résection dans l'*ovarite scléro-kystique*.

Voici son opinion sur ce sujet, que nous pouvons

(1) Nous croyons comme Martin qu'il est impropre d'appeler castration l'ablation des annexes malades, puisqu'elle sert à désigner la suppression des ovaires sains ; on pourrait l'appeler ovariectomie, mais comme le terme est devenu d'usage courant, nous le conserverons.

(2) Bull. et Mém. de la Société de Chirur. 1891, 555-559.

donner ici complète, grâce à l'obligeance du distingué professeur.

« Que faut-il entendre par *ovarite scléro-kystique* ? »

De ce qu'un ovaire présente à sa surface quelques follicules gonflés de liquide, a-t-on le droit, ainsi qu'on le fait couramment, de parler d'*ovarite scléro-kystique* ?

Je crois, pour ma part, que l'on peut rencontrer de ces productions sur des ovaires *parfaitement sains* et que, lorsqu'elles sont superficielles, peu volumineuses, peu nombreuses, que l'ovaire a, par ailleurs, cette consistance élastique toute spéciale et caractéristique de l'organe sain, il ne s'agit là que de follicules de régression physiologique, des follicules qui étaient en mouvement vers la ponte, comme pour faire cortège de luxe au follicule arrivé à la maturité le 1^{er}, pour le remplacer au besoin.

Pourquoi opposer le fer et la flamme à ces petits organes victimes de leur dévouement physiologique ?

Pour les aseptiser ? Ils ne renferment pas de microbes. Pour prévenir la prolifération de leur épithélium ?

Cet épithélium est définitivement arrêté dans son développement et les follicules *avortés* qui en sont revêtus sont probablement destinés à disparaître (on le constate parfois au microscope) par prolifération du tissu conjonctif, ainsi que disparaissent les

cicatrices, des corps jaunes, ainsi que s'éclaircissent les follicules primordiaux chez le fœtus à terme.

Pour qu'on puisse dire qu'il y a *ovarite scléro-kystique*, il faut que les follicules atteignent une certaine grosseur, qu'ils dépassent de 2 cent. à 2 cent 1/2 de diamètre, et qu'il y ait sclérose concomitante du stroma, non pas sclérose limitée à une zone périphérique au follicule, sclérose appréciable au microscope, mais sclérose appréciable au doigt.

Or, un pareil cas, la transformation fibreuse est totale et l'ablation complète justifiée. Si cependant, se fondant sur la *persistance fréquente de quelques ovisacs dans la couche ovigène*, on veut être conservateur, je comprends, si le contenu des kystes est limpide, qu'on les ponctionne et qu'on enlève par *friction* leur épithélium, devenu corps étranger et qui ne demande qu'à se détacher ; mais je ne comprends pas l'usage des pointes de feu ; moins encore la résection, car la *sclérose étant partout*, il n'y a pas de raison de réséquer ici plutôt que là ».

Donc, pour M. Petit, s'il ne s'agit que de quelques petits kystes séreux disséminés çà et là, ils n'ont pas de signification pathologique et il n'y a pas de raison pour intervenir ; pas plus pour faire l'ignipuncture ou la résection, que pour faire l'extirpation.

Si, au contraire, les kystes sont nombreux, s'il s'agit, en un mot, vraiment d'*ovarite-scléro-kystique*, *micro-kystique* de M. Pozzi, la sclérose du stroma

étant généralisée et la dégénérescence kystique n'étant que l'aboutissant de celle-ci, l'extirpation totale est justifiée.

Pour l'ovarite œdémateuse, M. P. Petit admet l'ignipuncture de même que la résection pour les néoplasmes bénins.

Il y a encore un autre argument que font valoir les adversaires de l'ignipuncture et de la résection dans l'ovarite chronique ; c'est qu'elles provoquent elles-mêmes la sclérose et vont, par conséquent, contre le but qu'on se propose ; mais cet argument, comme le fait remarquer M. Pozzi, n'a pas de valeur puisque cela ne peut avoir lieu que, si la réparation se fait avec suppuration et granulation consécutive ; et nullement quand elle se fait d'une manière aseptique comme doit l'être, toujours l'intérieur de la cavité pelvienne.

Dans ce cas, l'eschare qui se produit à la suite de la cautérisation est résorbée molécule à molécule, sans travail inflammatoire et, par conséquent, sans prolifération embryonnaire susceptible de s'organiser en tissu de sclérose.

M. Pozzi a eu l'occasion d'avoir la démonstration expérimentale de ce fait, dans un cas, où, après avoir fait l'ignépuncture, il a dû pratiquer quelques temps après, l'hystérectomie vaginale.

Sur l'ovaire ignipuncturé, il a trouvé, comme traces de l'opération, des débris charbonneux, dépo-

sés au milieu du tissu, qui n'avaient provoqué autour d'eux aucun travail de prolifération.

Pour ce qui est des deux autres arguments ; lésions anatomo-pathologiques et résultats négatifs, nous dirons qu'il faut en prendre en considération ; mais qu'ils ne sont pas irréfutables.

En ce qui concerne le 1^{er}, on peut dire que les données de l'histologie pathologique de l'ovarite scléro-kystique sont encore trop incertaines et contradictoires pour pouvoir en tirer un argument en faveur du traitement conservateur ou contre son application. Et après tout, la dégénérescence n'est pas si généralisée qu'on le dit, ni la sclérose si complète.

A côté des cas où il s'agit d'une véritable cirrhose de l'ovaire et où toute opération partielle, serait irrationnelle ; il y en a d'autres, où l'altération du tissu ovarien n'est pas complète, ni la sclérose du tissu conjonctif totale ; où elle se limite à certaines parties de la couche ovigène, le reste étant sain et, par le fait, on trouve toujours des parties où il n'y a pas de kystes, ni de sclérose et où on peut constater la présence d'ovules et de *follicules de Graaf* en apparences sains.

Pilliet (1) dans l'examen de plusieurs ovaires scléro-kystiques, les a constatés.

(1) Pilliet. — Dans Thèse Conzette, page 28, Observation XII.

Conzette (1) les a trouvés aussi et admet que la sclérose est, au début, *péri-folliculaire*. M. P. Petit même les a observés.

On peut donc espérer, s'attaquer seulement à la partie malade et sauver la partie saine. On peut même s'attendre, à une régression du tissu de sclérose grâce à l'action fondante du feu.

Si l'on objecte, qu'il est difficile de connaître l'étendue de la lésion et le degré de sclérose, nous répondrons que dans la pratique l'examen de la consistance de l'ovaire donne des indications suffisantes ; mais si cela ne suffit pas, on peut sans inconvénient faire une incision exploratrice et fendre l'ovaire pour l'examiner dans toutes ses couches, comme le conseille Polk.

Quant aux résultats négatifs, aux récidives, elles existent réellement ; mais elles ne sont pas beaucoup plus nombreuses que dans les cas d'opération radicale et en tout cas, le nombre des guérisons parfaites surpasse de beaucoup le nombre des succès.

Voici quelques chiffres très démonstratifs :

Pozzi (2) sur 29 cas d'ovarite scléro-kystique traités par l'ignipuncture et la résection, a eu 16 guérisons parfaites, 3 améliorations et 10 récidives ; et résultat très notable, 9 de ces malades sont devenues enceintes.

(1) Conzette. — Thèse Paris, 1890.

(2) Pozzi. — Loc. cit.

Trois des malades chez lesquelles il y avait eu récidives étaient devenues enceintes.

Martin (1) sur 8, sept guérisons, trois récidives et une grossesse.

Polk (2) sur 8, 5 guérisons, 3 récidives et une grossesse.

Notre statistique personnelle nous donne sur 20 cas de résection et d'ignipuncture ; 11 guérisons, 5 améliorations et 4 récidives et 2 grossesses.

Et voici ici comme terme de comparaison les résultats fournis par les opérations radicales :

Chavin (3) sur 51 cas de lésions non suppurées où on a fait la castration ovarienne bilatérale, a eu 8 récidives (14 0/0) et sur 9 cas d'*ovarite scléro-kystique*, 6 résultats parfaits, 2 résultats nuls et une médiocre.

Albert Martin (4) sur 39 cas d'ablation bilatérale a eu 23 guérisons parfaites, 11 guérisons avec légères douleurs, 3 résultats médiocres et 2 résultats nuls.

Baudron (5) sur 100 cas d'hystérectomie vaginale, signale 10 cas de guérison imparfaite.

Les chiffres précédents sont assez éloquents et contredisent formellement les affirmations des adversaires des opérations conservatrices dans l'*ovarite scléro-kystique*. Non seulement elles guérissent aussi

(1). Martin. — Loc. cit.

(2) Polk. — Loc. cit.

(3) Chavin. — Loc. cit.

(4) Albert Martin. — Loc. cit.

(5) Baudron. — Thèse de Paris, 1896, page 103.

bien que les opérations radicales, mais elles guérissent mieux, puisqu'elles respectent les fonctions de l'ovaire, la sécrétion interne, la fécondation, la menstruation. Et de ce fait, l'état ultérieur des malades dans l'un ou l'autre cas, est bien différent : après l'opération radicale, la malade est guérie, mais en un état d'infériorité physique et psychique évident, exposée à des troubles nouveaux dont nous parlerons plus loin.

Après l'opération conservatrice, au contraire, la malade est guérie et a conservé la fonction de l'organe. C'est ce qui résulte nettement de nos observations où toutes les malades, à l'exception du n° 20 unilatérale ; ont conservé la menstruation, une intégrité physique et intellectuelle complète et la probabilité d'une fécondation ultérieure.

KYSTES FOLLICULAIRES, KYSTES DU CORPS JAUNE, KYSTES HÉMATIQUES.

Au point de vue opératoire, il y a avantage à réunir ces trois altérations qui comportent la même indication : résection du kyste et d'une portion de l'ovaire, avec conservation de la partie saine.

Ils coexistent avec l'ovarite scléro-kystique et dérivent du même processus morbide, *l'hydropisie folliculaire* ; mais quoique identiques ou presque identiques au point de vue anatomo-pathologique ils méritent d'être distingués au point de vue opératoire.

Le volume des kystes, varie de celui d'une grosse noix à une petite noisette. Son contenu peut être séreux ou hématique. Quelquefois l'ovaire entier est envahi, mais en général la lésion se circonscrit à une partie seulement de l'ovaire, un des pôles, le reste étant sain.

Ces petits kystes n'ont rien à voir avec les gros kystes de l'ovaire, papillaires ou glandulaires ; ils ne sont pas des *kystes en miniature*, comme les appellent les auteurs anglais. Ils sont le produit d'une ovulation anormale ou d'une ponte anormale et la lésion est constituée par une ponte de l'épithélium du follicule, sans prolifération épithéliale, ni cellules méta typiques.

La résection de la partie malade et de la conservation de la partie saine, doit être ici la règle. On ne doit recourir à l'extirpation, l'oophorectomie, que si la lésion comprend la presque totalité de l'ovaire.

Mais dans l'intérêt de la conservation des fonctions de l'ovaire, on doit toujours s'efforcer d'en sauver une partie, si minime soit-elle.

L'expérience démontre, en effet, qu'il suffit d'une parcelle presque insignifiante pour conserver la *sécrétion interne, l'ovulation, la menstruation*.

On a observé la grossesse après la conservation de $1/3$ d'ovaire (Polk) (1), de $3/4$ d'ovaire (Pozzi) (2),

(1) Polk. Cons. Suagery of the female pelv. organ. Transaction's of the Con. of Am. Physic. 1894 obs. V.

(2) Pozzi. Loc. cit.

d'un petit fragment perdu dans le pédicule : (Schatz-Schröder) (1). Knauer (2) après avoir greffé un morceau d'ovaire dans les replis péritoneaux, a trouvé après plusieurs mois le tissu intact avec des follicules ovariens à différents degrés d'évolution. On a signalé des grossesses après transplantation ovarienne.

Les résultats ici sont très beaux et constituent, sans contradiction, un des triomphes de la chirurgie conservatrice.

Voici quelques-uns des plus notables.

Martin, sur 10 cas de ce genre, a eu 9 guérisons, une récédive et 4 grossesses.

Pozzi, sur 15, 10 guérisons, 3 récédives, 2 améliorations et 2 grossesses.

Polk, sur 36, 31 guérisons, 5 récédives et 2 grossesses.

Dans nos observations, nous relevons 7 cas de kystes folliculaires et du corps jaune avec 5 guérisons, un résultat négatif, un résultat médiocre et un soupçon de grossesse.

NÉOPLASMES

Dans les néoplasmes de l'ovaire on peut distinguer trois catégories :

1° Néoplasmes certainement bénins ; tels que les

(1) Schröder. Schatz. Loc. cit.

(2) Knauer (Centr. Blatt für gyn. n° 8, février 1898.

fibromes, les kystes dermoïdes, et certains kystes de l'ovaire à contenu séreux, non colloïdes, non papillaires;

2° Néoplasmes à pronostic douteux, kystes prolifères, glandulaires à contenu colloïde et gélatineux, à poches multiples;

3° Néoplasmes certainement malins, tumeurs papillaires, tumeurs solides; épithéliome, sarcome, etc.

Dans les néoplasmes certainement bénins, la résection est indiquée si la tumeur est bien circonscrite et n'intéresse qu'une partie de l'ovaire, le reste étant sain. La résection doit comprendre le néoplasme et sa surface d'implantation.

Les kystes dermoïdes doivent toujours être considérés comme des tumeurs bénignes, puisqu'ils peuvent, rarement il est vrai, subir la dégénérescence cancéreuse. On peut objecter avec Fritsch qu'on risque de laisser sur la partie conservée des kystes microscopiques qui seront plus tard la cause d'une récurrence. Il est rare qu'ils arrivent à se développer suffisamment pour donner lieu à des désordres appréciables et en tout cas, si la récurrence se produit, ce ne sera que très tard, étant donné le développement lent de ces kystes et pendant ce temps la malade aura profité des bénéfices d'une ou de plusieurs grossesses.

Les résultats qu'on obtient sont excellents. Matthaei (1) sur 5 cas de résection de kystes dermoïdes

(1) Matthaei. *Loc. cit.*

et d'une portion d'ovaire avec conservation du reste, a eu 5 guérisons et 4 de ces malades sont devenues enceintes, la 5^e était une jeune fille.

Nous résumons ici une de ces observations que nous avons jugée digne d'intérêt.

Madame L..., 28 ans, a eu deux enfants et est actuellement enceinte de 5 mois.

Laparotomie le 19 novembre 1892.

L'ovaire gauche présente un kyste dermoïde du volume d'un œuf d'autruche qui contient de la graisse, des cheveux et un morceau d'os. Ablation du kyste et de l'ovaire.

Sur l'ovaire droit, on trouve aussi un kyste dermoïde du volume d'une noix; on le résèque avec une partie de l'ovaire et il reste en place environ 1/5 d'ovaire, qu'on suture au catgut.

Suites normales, mais il y a expulsion prématurée du fœtus due à un placenta prævia.

Malgré tout, la malade guérit et quitte l'hôpital 4 semaines après.

Menstruation régulière jusqu'en 1894; 2 ans après l'opération, elle devient enceinte et accouche à terme d'un enfant. Depuis, sa santé est parfaite.

Schröder a eu aussi un beau succès et que nous avons déjà cité. Cette malade, qui accoucha une 1^{re} fois, fut revue 15 ans après l'opération par Matthaei, elle était en excellent état de santé et avait accouché encore une fois.

Dans une de nos observations, n° , M. Richelot a fait la résection de la moitié de l'ovaire pour un kyste dermoïde. La malade revue deux ans après, était guérie complètement.

Les fibromes purs de l'ovaire sont rares, en général ce qu'on trouve ce sont des fibro-sarcomes ou fibro-myomes qui nécessitent l'ablation totale. Cependant les fibromes du corps-jaune décrits par Rokintansky sont habituellement bien circonscrits et la résection est alors indiquée.

NÉOPLASMES A BÉNIGNITÉ DOUTEUSE. GROS KYSTES DE L'OVAIRE

Nous envisageons ici le cas d'un gros kyste de l'ovaire d'un côté, et de lésion commençante ou nulle de l'autre ovaire. Doit-on faire l'ablation des deux côtés ou se limiter à l'ablation du côté plus malade seulement ?

Il faut tenir compte de la variété du kyste et de sa marche clinique.

Si c'est un kyste prolifère glandulaire (cystome des Allemands) à contenu séreux, sans matière colloïde ni végétation ; s'il s'est développé lentement et sans altération notable de la santé, on peut le considérer comme un néoplasme bénin et se borner à faire l'ablation d'un côté et la conservation de l'autre côté ;

ou tout au moins une résection partielle, avec conservation de la partie saine.

Si c'est un *kyste glandulaire* à marche galopante, à contenu colloïde, avec des parties demi-solides, l'ablation bilatérale doit être faite, même si un des ovaires paraît sain. La récurrence dans ce cas étant presque certaine.

La même conduite s'impose dans les *kystes prolifères papillaires* et les néoplasmes nettement malins (épithéliome, sarcome, carcinome).

On doit toujours faire systématiquement l'examen microscopique du néoplasme extirpé ; et, si dans un cas où on aurait fait la conservation ; le microscope démontrait la nature maligne de la tumeur, on devrait, comme le conseille Rath, faire sur le champ une deuxième laparotomie et extirper l'ovaire conservé ou si on ne se résolvait pas à employer ce moyen énergique, on devrait mettre la malade en observation et agir au premier signe de récurrence.

KYSTES PAROVARIIENS

Les kystes parovariens ont leur point de départ dans le parovaire ou organe de Rosenmüller. Ils se développent dans les feuillets du méso-salpinx qu'ils séparent.

Ils sont situés entre l'ovaire, la trompe, l'utérus,

les ligaments ovariens et tubo-ovariens. L'ovaire et la trompe sont rarement malades, ils sont seulement séparés l'un de l'autre.

L'intervention consiste à énucléer le kyste et à conserver les annexes, si elles sont saines, comme c'est la règle. Dans les kystes hyalins, c'est ainsi qu'on doit agir, mais dans les kystes papillaires, on doit être réservé et dans les tumeurs malignes, la conservation est contre-indiquée.

Beyea (1) rapporte deux cas personnels et un de Kelly de ce genre avec bons résultats.

Opérations conservatrices de la trompe.

Nous avons étudié jusqu'ici les indications des opérations conservatrices de l'ovaire, indépendamment des lésions de la trompe ; or, dans la pratique, les altérations de la trompe accompagnent presque toujours les altérations de l'ovaire, de telle sorte qu'on peut dire qu'il n'y a pas d'ovarite, ni de salpingite, mais des *salpingo-ovarites*.

C'est donc de l'ensemble des altérations des deux organes qu'on doit tirer les indications, et les opéra-

(1) Beyea (the enucleation of a parovarian kist withouth removal of its tube and ovary). Am. Jour. of Obst. Octobre 1898.

tions conservatrices de la trompe sont un complément nécessaire de celles de l'ovaire.

Les opérations conservatrices qu'on peut faire sur la trompe sont : salpingorrhaphie, le cathétérisme et le drainage de la trompe ; l'agrandissement d'un orifice partiellement oblitéré, la salpingostomie (création d'un orifice nouveau), la résection de la trompe et la salpingo-ovaro-syndèse.

La salpingorrhaphie et le rétablissement, par le cathétérisme, de l'orifice abdominal, incomplètement oblitéré, sont acceptés par tous les gynécologistes. Ils doivent être faits après la résection de l'ovaire ou la rupture des adhérences, quand la trompe est *perméable*.

Dans ce cas, la trompe qui était enroulée ou pelotonnée sur elle-même, par des adhérences, retombe dans le petit bassin après la rupture de ces dernières, « comme une fleur dont on a froissé la tige », suivant la pittoresque expression de M. Pozzi. Pour l'empêcher de s'égarer, M. Pozzi a eu l'idée d'étaler le pavillon sur le moignon de l'ovaire et de l'y fixer par des points de suture.

Les autres interventions qui ont pour but de restaurer une trompe partiellement oblitérée, en conservant la portion saine, ne sont acceptées que par quelques chirurgiens.

Préconisées et défendues par Martin (de Berlin), et pratiquées aussi par Skutsck, Polk, Dudley, elles

sont complètement repoussées par M. Pozzi (1) et la plupart des gynécologistes, qui les considèrent comme *inutiles et illusoires*. Voici quels sont les arguments qu'ils invoquent pour les rejeter :

1° La raison d'être des opérations conservatrices est la *conservation* de la *fécondité*, or celle-ci n'est possible que si la trompe a conservé son intégrité complète, c'est-à-dire son *épithélium vibratile* et ses *fibres contractiles*. Or, dans toute inflammation, de quelque importance et de quelque durée de l'oviducte, ces éléments sont oblitérés ou détruits.

Par conséquent, la trompe ainsi altérée, ne pourra pas jouer son rôle physiologique, puisque la migration et le transport de l'ovule dans l'utérus, qui ne peuvent s'accomplir que par les mouvements combinés des cils vibratiles et des fibres contractiles, n'auront plus lieu. La grossesse sera donc impossible.

2° Ces opérations ne sont pas sans présenter une certaine gravité opératoire.

Malgré la grande compétence de M. Pozzi, en la matière, nous croyons que ses arguments ne sont pas décisifs.

Tout d'abord, si les cas de grossesse, après ces opérations, sont rares, ils existent réellement et sont incontestables.

Nous pouvons citer, en effet, deux cas : un de

(1) S. Pozzi. Loc. cit. pages 9-10.

M. Legueu (observation IV bilatérale), où la grossesse a eu lieu après ignipuncture et salpingostomie bilatérale pour ovarite et salpingite chronique avec oblitération complète de la trompe ; un autre cas de M. Richelot (observation I bilatérale), où la grossesse a eu lieu chez une femme à laquelle on s'était contenté de faire l'ignipuncture, dans un cas d'ovarite chronique et salpingite parenchymateuse avec oblitération complète des deux trompes par adhérences. A ces deux cas, nous pouvons en ajouter neuf autres, plus connus dans la littérature médicale.

Deux de Martin (1), où la grossesse a été observée après extirpation complète des annexes d'un côté et résection de la trompe de l'autre côté pour hydro-salpinx ; deux de Mac. Kenrodt (cités par Martin), semblables à ceux de Martin ; un cas de Polk (2) : grossesse après ablation des annexes droites et résection de la trompe gauche atteinte d'hémato-salpinx ; un cas de Baer (3) : grossesse après ablation des annexes gauches et conservation de l'ovaire droit et d'un moignon de la trompe de 0,05 cent. ; un cas de Mac. Monagle (4) : grossesse après extirpation des annexes droites et résection du pavillon de la

(1) Martin. Die Krankheiten der Eileiter, page 215.

(2) Polk Loc. cit.

(3) Am. Annals de Gyn. and Pédiatrices. Janvier 1894, pages 231-232.

(4) Mac. Monagle, cité par Polk.

trompe gauche, atteinte de pyo-salpinx ; un cas de Gersuny (1) : grossesse après ablation des annexes gauches et salpingostomie de la trompe droite, atteinte d'hémato-salpinx ; enfin, le cas de M. P. Delbet (2) dont nous avons déjà parlé et un cas qui nous a été communiqué dernièrement par M. Ricard, dans lequel il s'agit d'une grossesse survenue chez une femme à laquelle il avait fait l'ablation des annexes d'un côté, et le décollement des franges du pavillon oblitéré, suivi du cathétérisme de la trompe, de l'autre côté.

En résumé, il y a 12 cas authentiques et bien démontrés de grossesse à la suite d'une opération conservatrice, faite dans les cas de maladie avancée de la trompe.

Nous pourrions ajouter un certain nombre d'observations plus probantes et même paradoxales, de grossesse après ablation double des ovaires. Le fait a été observé quatre fois : par Sutton (3) par Gordon et Ill, trois ans après une ovariectomie double ; et enfin par Fritsch (4), après salpingectomie bilatérale. Ces faits s'expliquent, parce qu'on avait laissé par hasard un fragment d'ovaire, et parce que le moignon

(1) Gersuny cent. Blatt. für Gyn. 1896, page 35.

(2) P. Delbet. Loc. cit.

(3) S. Pozzi. Revue de gyn. et de chirurg. 1898, n° 6 pages 1062-1065.

(4) Fritsch. Cent. Bl. f. Gy. 1897. B. XXI, page 1223.

tubaire, redevenu perméable, avait permis le passage et la rencontre des spermatozoïdes et des ovules.

L'ensemble de ces faits démontre, à notre avis, d'une manière irréfutable, que l'intégrité de structure histologique et anatomique de la trompe n'est pas absolument nécessaire pour qu'elle puisse jouer son rôle physiologique ; que la grossesse peu avoir lieu même dans les cas de lésions *avancées* de la trompe, telles que le pyosalpinx, l'hémato-salpinx, l'hydro-salpinx où l'on pourrait croire à une altération profonde et irréparable de la muqueuse et de la couche *fibro-musculaire*.

Force est donc d'admettre, en présence de faits semblables, ou bien, que les lésions ne sont pas si profondes qu'on le croit, ou bien qu'elles sont susceptibles de régression et de réparation ; qu'une trompe oblitérée peut recouvrer sa perméabilité et que la muqueuse tubaire peut se régénérer et recouvrer tous les caractères de la muqueuse du pavillon, au niveau de l'orifice de nouvelle formation d'une trompe réséquée.

La démonstration expérimentale de ces deux derniers faits, a été donnée par Wesley Bovey (1) et Ries de Chicago.

Le premier a constaté, après plusieurs cas de

(1) Wesley Bovey. Amer. Journ. of Obst., 1898, vol. XXXVIII, page 57.

salpingectomie, dans lesquels une hystérectomie ultérieure avait été jugée nécessaire, la perméabilité du moignon tubaire : il était possible de passer un stylet, jusqu'à l'utérus, par l'orifice péritonéal.

Le second a fait l'examen histologique du moignon de la trompe, dans plusieurs cas de salpingectomie suivis d'une kystérectomie postérieure. Il a constaté que la partie restante était perméable, et de plus, que *l'épithélium cylindrique et vibratile s'étendait jusqu'à l'orifice péritonéal du moignon où il s'arrêtait brusquement.*

La 2^e objection qu'on fait aux opérations partielles de la trompe, c'est leur gravité. Cette objection n'est nullement fondée, et même si elle était exacte, elle ne pourrait s'appliquer qu'aux cas de résection de la trompe dans le pyrosalpinx. C'est, en effet, dans ces cas, que l'opération a pu déterminer la mort.

Zweifel a perdu 1 opérée sur 6 ; Martin, 2 sur 65 ; Polk, 2 sur 57. Mais, en vérité, on ne peut, dans ces cas, attribuer la mort à l'opération conservatrice ; elle a été provoquée, dans les cas de Martin, par une péritonite dont le début était antérieur à l'opération et qui a été la cause même de l'intervention. Dans le cas de Zweifel, elle a été due à la rupture de la poche salpingienne du côté extirpé et à l'infection du péritoine. Dans les cas de Polk, elle a été aussi produite

par l'infection péritonéale due à la rupture d'un kyste suppuré du ligament large.

Par contre, nous n'avons rencontré aucun cas de mort dans les 7 observations d'opération conservatrice de la trompe que nous rapportons dans nos observations.

La question des opérations conservatrices doit être envisagée, aujourd'hui, à un point de vue plus vaste et plus élevé. Le but ne doit plus être, comme jusqu'ici, uniquement la conservation de la *fécondité* chez la femme ; elles doivent avoir pour objet la conservation de *toutes les fonctions de l'ovaire*.

On tend de plus en plus, en effet, à considérer l'ovaire, non pas comme un organe à fonction simple, mais comme un organe à fonctions multiples, et, à côté de l'*ovulation*, qui est, sans doute, sa fonction physiologique principale et la *menstruation* en rapport intime avec elle, on accorde à l'ovaire un autre rôle non moins important, une véritable *sécrétion interne* comparable à celle du corps thyroïde. Les produits de sécrétion de l'ovaire déversés dans le sang seraient nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme de la femme.

Et c'est principalement pour conserver cette *sécrétion interne*, qu'on doit pratiquer les opérations conservatrices ; la conservation de la fécondité ne doit venir qu'en second lieu.

En agissant ainsi, on est sûr de conserver à la
Montana

femme le maximum d'intégrité physique et psychique et on évite les troubles post-opératoires d'ordre nerveux et vaso-moteur qui sont la conséquence presque fatale de la suppression des ovaires.

Ces troubles post-opératoires consistent en bouffées de chaleur, asthénie neuro-musculaire et état neurasthérique, troubles de la nutrition, de la mémoire, troubles mentaux, changement de caractère, altération de l'appétit sexuel.

Ils sont parfois légers et peu gênants ; mais d'autres fois, ils sont vraiment graves et deviennent pour la femme une cause de malaise et même de souffrance plus intolérable que la maladie même.

Ces troubles qu'on a, sans doute, beaucoup trop exagérés, existent réellement. Observés depuis longtemps par différents gynécologistes, ils ont été étudiés surtout par M. Jayle (1), en France, et Glaevecke (2), en Allemagne.

M. Jayle se fondant sur 76 cas systématiquement observés et suivis pendant une période de 4 ans, les considère comme constants, bien que d'intensité variable, dans la castration ovarienne, ou utéro-ovarienne ; par contre, dans la castration utérine simple, ils sont rares, ou peu importants et cela parce que, dans ce cas, on laisse presque toujours les ovaires.

(1) F. Jayle. Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de Gyn. et Chirur. abd.*, 1897, n° 3, p. 404-434.

(2) Glaevecke cité par Jayle. *Loc. cit.*, p. 407.

Nous ne pouvons étudier ici en détails la fréquence de ces différents symptômes, nous nous en rapporterons au remarquable travail de M. Jayle et nous dirons que pour lui, ces troubles semblent reconnaître pour cause principale l'ablation des ovaires et la suppression de leur *sécrétion interne* et non pas la suppression de la menstruation; puisque d'une part, ils n'existent pas, ou sont insignifiants, dans la castration utérine simple, et que, d'autre part; on peut les observer à l'état d'ébauche, même quand la menstruation persiste.

Glaevecke conclut de ses recherches que la ménopause survient après la castration ovarienne (86 o/o). Les bouffées de chaleur ne manqueraient que 4 fois sur 44 (10 o/o). Quant à l'état mental, il a observé des modifications psychiques 22 fois sur 33 (66 o/o des cas).

Nous devons ajouter néanmoins que tous les auteurs ne partagent pas l'opinion de MM. Jayle et Glaevecke. Un grand nombre dont l'opinion est très respectable, rejette la sécrétion interne de l'ovaire et met en doute les troubles post-opératoires mêmes.

M. Richelot, dont nous avons demandé l'opinion sur ce sujet, est de ce nombre. Il pense, d'après l'examen systématique d'un grand nombre de malades, chez lesquelles il a fait l'hystérectomie vaginale, avec ablation des ovaires, qu'on a beaucoup trop exagéré

la fréquence et la gravité des troubles post-opératoires.

Chez ses opérées, en effet, il n'a pas relevé de troubles graves ; certes, il a observé des bouffées de chaleur, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, des malaises, des maux de tête ; mais tous ces phénomènes n'offraient aucune gravité et les malades étaient *bien guéries, bien portantes et contentes de leur sort.*

Ces troubles, qui d'après lui, ont la ménopause pour cause, sont observés spécialement chez les nerveuses, surtout chez les *neuro-arthritiques*. Si l'on parle aussi souvent, de troubles post-opératoires, c'est parce qu'on néglige d'établir l'état antérieur de la malade et parce qu'on attribue à l'opération ce qui, en réalité, n'appartient qu'à l'état nerveux antérieur de la malade. M. Richelot n'a pas observé de différence sensible entre les effets produits par la castration ovarienne et la castration utérine simple ; il a constaté toujours, dans ce cas, l'atrophie consécutive des ovaires. C'est aussi l'opinion de M. Segond,

En définitive, la question de la sécrétion interne ne peut être considérée comme définitivement résolue, et de nouvelles recherches sont encore nécessaires ; toutefois nous devons dire que cette théorie n'est pas seulement une vue de l'esprit, la clinique et la physiologie expérimentale lui prêtent un appui sérieux. Kelly (1) relate un certain nombre de cas

(1) Kelly. — *British Médic.*, 29 janvier 1898.

d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes dans lesquels il a laissé tout au moins un ovaire. De ces cas qu'il compare à ceux qu'il a opérés antérieurement en extirpant les annexes de deux côtés, il conclut qu'il y a *manifestement avantage à conserver l'ovaire* toutes les fois que cela est possible. Les troubles climatériques qu'il relevait chez les castrées totales n'existent pas ou sont très atténués dans ses dernières opérées.

Abrandt (1) dans sa thèse rapporte 41 cas très probants ; dans 19 cas de castration utéro-ovarienne il a observé des troubles intenses analogues à ceux de la castration ovarienne ; dans 16 cas de castration utérine simple il n'a observé que quelques bouffées de chaleur légères survenant au moment correspondant aux règles et allant rapidement en décroissant : dans 5 cas on avait fait d'abord la castration utérine simple et on n'avait pas observé de troubles. On fit après la castration ovarienne et on observa des troubles intenses.

Les résultats de l'hopothérapie ovarienne dans le traitement des troubles post-opératoires sont encore une autre preuve.

Quoi qu'il en soit de ces discussions, il n'en résulte pas moins des faits observés, qu'il est toujours de grande importance, chez une femme jeune, de conserver les ovaires, afin d'éviter les effets d'une ménopause précoce.

(1) Abrandt. — Thèse Paris 1899.

Toutes les fois qu'il s'agira d'opérations conservatrices, il faudra examiner avec soin l'ovaire, car c'est son état qui doit décider de la *conservation* ou de l'*ablation de la trompe* et non pas l'état de la trompe qui doit décider de la *conservation de l'ovaire*. En règle générale, la trompe suit le sort de l'ovaire.

Si donc l'ovaire ne peut pas être conservé, la trompe doit être enlevée en même temps que lui ; mais si l'ovaire est sain ou peu altéré, et la trompe malade, il faut conserver l'ovaire et réséquer la trompe. Enfin, si la trompe est très malade et l'ovaire susceptible d'être conservé, on doit faire, comme le préconise Polk, l'ablation complète de la trompe et la conservation de l'ovaire. D'après lui, la menstruation persiste dans ce cas et on n'observe pas d'autre phénomène post-opératoire qu'un peu de céphalalgie et quelquefois des épistaxis à l'époque des règles. Polk a eu l'occasion de comparer l'état de 45 malades chez lesquelles il avait la salpingo-oophorectomie, avec 45 chez lesquelles il avait fait la salpingectomie, avec conservation de l'ovaire. Ces dernières étaient en meilleur état physique et mental que les premières.

Après avoir établi la légitimité et la raison d'être des opérations conservatrices de la trompe, il nous reste à indiquer les affections dans lesquelles on peut les employer.

Les opérations conservatrices sont indiquées : 1° dans les cas d'adhérences et de périsalpingite ; 2°

dans la salpingite, non kystique, catarrhale avec ou sans oblitération de la trompe ; 3° dans les salpingites kystiques (hémato-salpinx, hydro-salpinx) si la dilatation est limitée au $\frac{1}{3}$ externe de la trompe, si le contenu n'est pas purulent et si l'ovaire est sain ou peu altéré ; 4° dans le pyosalpinx, quand la poche est de petite dimension, le pus de bonne qualité et les lésions de la muqueuse, de nature catarrhale.

Dans les cas d'adhérences et de périsalpingite, on doit se borner à la rupture des adhérences et à la salpingorrhaphie suivie de cathétérisme de la trompe. Dans la salpingite catarrhale (endo-salpinx), sans oblitération de la trompe, la conduite doit être la même ; il faut, dans ce cas, bien exprimer le contenu muqueux ou muco-purulent de la trompe, nettoyer soigneusement son canal, et au besoin y faire des injections antiseptiques ; si le pavillon est oblitéré, on peut essayer de décoller les franges à l'aide de la sonde cannelée ou d'un stylet ; si l'oblitération est complète, on fera la résection de la trompe ou la salpingostomie. Nous rapportons dans nos observations trois cas de ce genre qui ont été suivis de grossesse : un de M. Legueu (observation n° 4 bilatérale), un de M. Richefot (observation n° 1 bilatérale) et le cas de M. Ricard dont nous avons parlé plus haut.

Dans les collections kystiques tubaires, si elles sont bilatérales et si la dilatation comprend la plus grande partie de la trompe, quelle que soit la nature

du contenu, c'est la *salpingectomy* qui est indiquée. On doit enlever la poche annexielle comme une tumeur enkystée. Si cependant, un des ovaires où les deux ovaires sont sains ou peu malades, on peut se contenter, suivant l'exemple de Polk, d'enlever la trompe et de conserver l'ovaire.

Si la dilatation kystique est limitée au $\frac{1}{3}$ externe de la trompe, le reste de l'organe paraissant avoir conservé sa consistance et son élasticité normales, et si d'autre part, l'ovaire est peu malade, on doit se contenter d'une opération partielle *salpingostomie*, *salpingo-ovaro-syndèse*, etc.

Dans les cas de poches kystiques tubaires, on doit suivre le précepte de Martin et avant de décider l'extirpation, ouvrir le sac, examiner son contenu et l'état de la muqueuse de la paroi. Si l'on a soin de s'entourer de toutes les précautions nécessaires, pour éviter que le péritoine soit infecté, cette incision exploratrice ne présente aucun inconvénient.

Si le liquide est clair, transparent, séreux, si, en un mot, l'on a affaire à un *hydro-salpinx*, la conservation est indiquée. En effet, le liquide est, dans la plupart des cas, stérile, et les altérations de la muqueuse et de la paroi sont peu graves.

Skutsck (1) a eu un beau succès dans un cas d'*hydro-salpinx* bilatéral où il s'était contenté de faire la *salpingostomie*.

(1) Skutsck. Cent. blatt. fur gyn. B. XIII, 1889 page 565.

S'agit-il d'un hémato-salpinx ? la conservation doit être encore la règle, mais il faut distinguer les cas où le contenu est liquide et ceux où il est formé de caillots organisés, durs et stratifiés. Dans le 1^{er} cas, il s'agit d'une rétention du sang menstruel, ou d'une *apoplexie tubaire* (petites hémorrhagies qui se produisent au cours d'une salpingite catarrhale ou purulente).

Les lésions ici ne sont pas de nature à compromettre d'une manière profonde la structure de l'organe, on peut donc se borner à vider la poche et rétablir un nouvel orifice. M. Schwartz, (observation, n° 11, bilatérale) a eu un beau succès, dans un cas d'hémato-salpinx où il avait fait la salpingostomie. Nous avons déjà parlé de deux cas de grossesse : un de Polk et un autre de Baër, après l'ablation des annexes d'un côté et résection de la trompe de l'autre côté, atteinte d'hémato-salpinx.

Quand le contenu est solide, il s'agit, en général, d'une grossesse tubaire, arrêtée à ses débuts, par mort de l'embryon qui s'est résorbé. Les lésions, dans ces cas, sont profondes, les parois sont hypertrophiées, dégénérées et dilatées, la muqueuse a perdu son épithélium et ses villosités, la salpingectomie est alors indiquée. Néanmoins, Martin (1) a eu un succès,

(1) (2) (3) Martin, Kelly, Muret, cités par P. Segond, Trait, de grossesses extra-utérines. Rapport au Congrès de Gyn, de Marseille 1898, page 17-18,

dans un cas où il avait incisé, par la voie vaginale, la trompe, enlevé une petite môle et renfermé l'organe. Kelly (2) a fait de même et a obtenu un bon résultat, par la voie abdominale. Muret (3), conseille l'évacuation ou le râclage de la trompe dans les cas d'avortement tubaire incomplet. Malgré ces bons résultats, ce procédé, comme le dit M. Segond, ne peut-être qu'un procédé d'exception, applicable seulement aux cas d'*avortement tubaire avec môle en état de régression*.

Si le contenu est purulent, c'est-à-dire, s'il s'agit d'un pyosalpinx, l'ablation doit être la règle et celle-ci s'impose si le pus est fétide et de mauvaise nature ; mais s'il est de bonne qualité, bien lié, s'il est formé de grumeaux, de sérosité, ce qui dénote un commencement de régression, on peut choisir entre l'opération radicale, ou une opération conservatrice. Si l'ovaire est sain, ou à peu près, c'est à la dernière qu'on doit accorder la préférence.

Les lésions sont souvent peu profondes, le pus est en général stérile (Martin (1), sur 103 cas, l'a trouvé 63 fois stérile) ; (Schauta, sur 108, 69 fois) ; l'ostium utérin est rétréci, mais non oblitéré. (Raymond (2), sur 94 cas, l'a trouvé une seule fois oblitéré) ; l'ostium abdominal est fermé, mais les franges du pavillon sont seulement repliées sur elles-mêmes

(1) Martin (Die Krankheit. der Erleiter, page 213).

(2) Raymond. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1894-1895.

et collées par leur surface péritonéale, la muqueuse, au contraire, se conservant intacte.

Dudley (1) a eu deux beaux succès dans deux cas de pyosalpinx d'origine blennorrhagique. Dans le 1^{er} cas, il avait fait la résection de la trompe des deux côtés et suturé le reste de la trompe (5 cc.) à l'ovaire ; dans le 2^e cas, après avoir libéré les annexes de leurs adhérences, il enleva à gauche les $\frac{2}{3}$ de l'ovaire et la trompe, qui formaient une seule poche remplie de pus. La malade, revue 4 mois après, était bien portante.

Il nous reste un mot à dire des indications dans les cas de complications utérines.

Les lésions annexielles s'accompagnent très fréquemment d'une lésion utérine. Dans la plupart des cas, la lésion de l'utérus précède la lésion annexielle dont elle est le point de départ ; mais cette lésion est passagère et disparaît sans laisser de trace, ou bien elle est si peu grave, qu'elle passe inaperçue. Dans certains cas, cependant, elle est grave et on doit en tenir compte.

Les indications varient avec le degré de la lésion. Si l'utérus et les annexes sont sérieusement malades, toute conservation est impossible et l'hystérectomie vaginale ou abdominale, doit être l'opération de choix. Si la lésion utérine ne présente pas un carac-

(1) Dudley. Ann. Journ., octobre 1898.

tère grave, et si les ovaires sont susceptibles d'être conservés, on doit faire la conservation et traiter la complication utérine par les moyens appropriés.

Polk préconise le curettage, la dilatation utérine, le drainage, le tamponnement comme opération indispensable avant toute opération conservatrice.

M. P. Delbet, dans tous les cas d'opération portant sur les annexes, fait systématiquement l'hystéropexie, dans le but de faciliter le drainage de l'utérus, et d'éviter les déviations utérines consécutives à l'ablation ou la résection des annexes. Nous croyons cette pratique utile.

On ne saurait, à notre avis, trop insister sur la nécessité de traiter les complications utérines ; beaucoup d'insuccès des opérations conservatrices sont dus à ce qu'on a négligé cette opération. Quatre de nos observations en font foi.

Résumant tout ce qui a rapport aux indications des opérations conservatrices, nous dirons que les opérations conservatrices de l'ovaire, ignipuncture, résection, sont indiquées dans la péri-ovarite avec adhérences, dans l'ovarite scléro-kystique, dans le varicocèle tubo-ovarien, dans les kystes folliculaires et du corps jaune, dans l'hématome, dans les néoplasmes bénins (kystes glandulaires, non colloïdes, non papillaires, kystes dermoïdes et fibromes) et dans les kystes parovariens. Les opérations conservatrices de la trompe sont indiquées dans les cas

d'adhérences avec péri-salpingite ; dans la salpingite catarrhale, dans l'hémato-salpinx et dans quelques cas de pyo-salpinx et de grossesse tubaire.

Les contre-indications sont : 1^o les néoplasmes malins, les kystes prolifères papillaires, l'ovarite scléreuse, la tuberculose, la suppuration de l'ovaire, le pyosalpinx bilatéral, les suppurations diffusées du petit bassin et les lésions avancées de l'utérus.

2^o La proximité de la ménopause et les grossesses répétées.

A ces deux groupes de contre-indications, nous pouvons en ajouter un troisième : les maladies nerveuses telles que l'hystérie, la neurasthénie soit primitives, soit secondaires.



TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous serons très bref sur ce point qui a été traité d'une manière complète et à différentes reprises dans des travaux antérieurs. Nous citerons plus spécialement le mémoire de M. Pozzi (1) et la thèse de son élève Delaunay (2), dans laquelle est très bien décrite la technique de l'ignipuncture et la résection de l'ovaire, enfin la thèse de notre ami Ayrolles (3), qui a clairement exposé la technique de la salpingo-ovarosyndèse et de la résection de la trompe, telle que la pratique M. Clado.

Nous nous bornerons donc ici à traiter quelques points de détails qui n'ont pas encore été bien établis.

Notre intention est de nous occuper des méthodes opératoires proprement dites, en laissant de côté les

(1) S. Pozzi. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire, *Revue de Gyn. et de Chir.*, n° 1, 1897, pages 16-24.

(2) Delaunay. *Loc. cit.*

(3) Ayrolles. *Loc. cit.*

manœuvres improprement dites *chirurgicales*, telles que le massage, le cathétérisme de la trompe par la voie utérine, la ponction par la même voie. l'électrothérapie, etc.

Et d'abord, qu'elle est la meilleure voie à employer pour les opérations conservatrices ? La voie vaginale ou la voie abdominale ? Nous n'entrerons pas ici dans la grande discussion qui, pendant longtemps, s'est engagée entre laparotomistes et hystérectomistes ; elle serait hors de place et d'ailleurs, cette question qui a tant passionné les gynécologistes, a perdu aujourd'hui de son importance, attendu que, avec la technique perfectionnée, l'hystérectomie par la voie abdominale donne d'aussi bons résultats que par la voie vaginale.

Dans les opérations conservatrices, en règle générale, c'est la voie abdominale qu'on doit choisir de préférence, parce que c'est elle qui donne plus de jour et d'espace et qui permet de *constater de visu* les lésions ; de se faire une idée nette, complète et certaine du *degré*, de la *nature*, de la *bilatéralité*, ou de l'*unitéralité* de la lésion ; enfin de poser un diagnostic ferme, infaillible de l'altération, question d'une importance capitale dans l'application de la méthode conservatrice.

Par cette voie, on agit en connaissance de cause et on limite l'intervention au strict nécessaire, évitant ainsi d'agir aveuglément et de faire des mutilations

inutiles, auxquelles pourrait entraîner un diagnostic incomplet ou erroné.

Le seul argument sérieux qu'on opposait à cette pratique, était le plus grand danger qui résultait pour la malade, dans les cas de lésions suppurées, enkystées des annexes, quand, la conservation étant impossible à cause de l'étendue de la lésion, il fallait faire la castration ovarienne.

Certes, l'ablation des annexes suppurées par la voie abdominale, était, dans ce cas, plus grave que l'hystérectomie vaginale; étant donnée la possibilité de rompre la poche et d'infecter le péritoine. Mais aujourd'hui cette objection tombe d'elle-même, puisque, le cas échéant, il est possible, grâce aux nouveaux procédés, de faire la castration utéro-ovarienne sans faire courir à la malade des risques plus grands que par la voie vaginale.

La production possible d'une *éventration* n'est pas non plus à considérer; puisqu'on peut l'éviter sûrement avec la suture à trois plans de M. Pozzi.

La voie abdominale doit, donc être la règle générale, mais nous devons ajouter qu'elle comporte quelques exceptions et que la voie vaginale peut-être employée avec avantage dans certains cas bien déterminés.

Sans parler de la *colpotomie postérieure* comme traitement des suppurations pelviennes, méthode éminemment conservatrice, mais qui ne rentre pas

dans notre cadre, nous disons que la *coéliotomie* (laparatomie) *vaginale*, soit *antérieure*, soit *postérieure* permet de faire soit l'exploration simple des annexes, soit son traitement conservateur, soit l'extirpation totale. Les indications de la *coéliotomie vaginale* sont réduites. D'une manière générale, on peut dire avec M. Bouilly (1) que, pour qu'elle soit indiquée, elle doit être facile. Elle pourra donc être appliquée dans les cas de lésions légères des annexes, unilatérales; suppurées ou non, les annexes étant de petit volume, mobiles ou peu adhérentes et prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

C'est Gaillard-Thomas, le premier, qui a proposé la *cœliotomie vaginale postérieure*. Byford la reprit après. En France, M. Piqué l'a défendue dans la thèse de son élève Bonnacaze et MM. Péan, Bouilly, Terrillon, Segond, Goullioud l'ont pratiquée avec succès. Voici la technique de la coéliotomie postérieure, telle qu'on la pratique d'ordinaire.

Après aseptie vigoureuse du vagin on y place deux valves; on abaisse et on fixe l'utérus à l'aide d'une pince de Museux placée sur la lèvre postérieure.

On fait une incision transversale de 4 à 6 centimètres sur la paroi vaginale postérieure, près de

(1) Bouilly. Rapport au Congrès de Genève.

l'insertion à l'utérus. L'incision doit porter sur la ligne médiane et s'éloigner très peu dans le sens latéral, afin d'éviter de blesser l'artère utérine et l'uretère.

Par l'incision faite on introduit 4 doigts, on va à la recherche des annexes et on les amène dans l'incision. On les examine et on applique le traitement indiqué.

S'il s'agit d'ovaires scléro-kystiques, on fait la ponction ou l'ignipuncture ou la résection. Rouffard (1) depuis 1894 fait l'ignipuncture par la voie vaginale.

La coeliotomie antérieure a été préconisée par Durrhsen (2) en Allemagne; Le Dentu et Pichevin (3) en France, ont utilisé l'incision de Mackenrodt pour explorer et agir sur les annexes. Une des malades ainsi opérées par M. Le Dentu est devenue enceinte.

Nous avons vu M. Martin, de Berlin, la pratiquer couramment et avec les meilleurs résultats dans les cas d'ovaires kystiques et de salpingites catarrhales, compliquées de rétroversion, de prolapsus utérin, ou d'hypertrophie du col.

Martin fait en même temps la vagino-fixation, la colporrhaphie antérieure ou l'amputation du col.

Quant à la technique, Durrhsen fait une incision

(1) Rouffard, Ann. de la Société belge de chirur., fév. 1894.

(2) Durrhsen. Semaine médic., 1894, page 211.

(3) Pichevin. Congrès de Gyn. de Bordeaux, 1895.

transversale comme pour l'hystérectomie vaginale, à quelque distance de l'orifice externe; il sépare la vessie de l'utérus, incise le cul-de-sac et avec une pince à griffes ou un fil appliqué à la paroi antérieure, il fait basculer l'utérus et ramène avec lui les annexes.

M. Martin emploie comme Le Dentu et Pichevin l'incision de Mackenrodt. Il commence par fixer la lèvre antérieure de l'utérus, à l'aide d'une pince à griffes; puis, au moyen de quatre pinces de Kocher placées au-dessous du tubercule antérieur de la colonne du vagin, une autre à quelque distance de l'orifice externe et les deux autres sur les angles latéraux de la paroi vaginale antérieure, il tend la muqueuse vaginale et fait une incision *médiane antéro-postérieure* qui commence au-dessous du tubercule antérieur et va jusqu'à 1 cent. $1/2$ environ de l'orifice externe.

Avec beaucoup de soin il décolle alors, à l'aide des doigts, la vessie de la paroi antérieure de l'utérus, jusqu'à ce qu'il rencontre le péritoine. Deux points de suture fixent provisoirement le péritoine à la paroi vaginale. Il ouvre seulement à ce moment le cul-de-sac antérieur. Avec une pince à griffes appliquée sur la paroi antérieure de l'utérus il le fait basculer, après quoi il va à la recherche des annexes à l'aide des doigts ou d'une pince à annexes.

Après les avoir examinées et traitées comme il convient, il les replace dans la cavité pelvienne, fixe

l'utérus par deux points de suture à la paroi vaginale et referme complètement le cul-de-sac et la paroi vaginale.

Les avantages de la *coeliotomie vaginale* sur l'abdominale sont ; la moindre gravité de l'opération et la conservation de l'intégrité de la paroi abdominale. Le seul inconvénient est qu'on a moins de jour et qu'il est difficile de se rendre compte des lésions.

Dans la coeliotomie antérieure, le chirurgien a le grand avantage de pouvoir tirer sur l'utérus sans risquer de déchirer les trompes et les ovaires. La petite hémorrhagie causée par l'application de la pince sur l'utérus, est facilement arrêtée avec un point de suture.

Mais la coeliotomie postérieure a sur l'antérieure, l'avantage qu'elle expose moins à la blessure de la vessie et de l'uretère, qu'elle donne un peu plus de jour et qu'elle facilite le drainage.

M. Pozzi (1) reproche à la colpotomie antérieure la possibilité de blesser l'intestin. Il a perdu une malade à laquelle il avait fait une colpotomie antérieure consécutive à une laparotomie abdominale. Une perforation intestinale avait été produite par le doigt agissant à travers la plaie de la colpotomie.

Par la voie abdominale, les principales opérations conservatrices qu'on fait sur l'ovaire sont : la

(1) Pozzi. Revue de gyn. page 28.

ponction des kystes, l'ignipuncture et la résection ; et sur la trompe la salpingorrhaphie, la salpingostomie, la résection et la salpingo-ovaro-syndèse, exceptionnellement le cathétérisme et le drainage de la trompe.

Nous allons exposer rapidement la technique de ces opérations.

Le premier temps de toutes ces opérations ne diffère pas de la laparatomie ordinaire : L'incision doit être aussi petite que possible (5 à 6 cent.) ; le plan incliné est d'une grande utilité en ce cas.

Après l'incision, on va à la recherche des annexes on les libère des adhérences qui peuvent les maintenir et on les attire, l'une après l'autre, dans la plaie pour les examiner successivement. On les isole au moyen de compresses aseptiques, de manière *que toute l'intervention se passe autant que possible en dehors du ventre*. On procède alors, à la ponction, à l'ignipuncture ou à la résection de l'ovaire ou de la trompe.

La ponction simple avec la pointe du bistouri suffit quand il s'agit de petits kystes isolés et peu nombreux. C'est ainsi qu'opérait Spencer Wells quand, au cours d'une laparotomie, il rencontrait ces lésions. Martin, P. Dudley et autres auteurs procèdent de la même manière.

M. Pozzi (1) pense que cette simple ponction est

(1) S. Pozzi. Loc. cit. page 16.

insuffisante ; l'ouverture d'une petite cavité peut bien vider le liquide qu'elle contient, mais tant que ses parois subsistent il se reproduira presque fatalement. Ce n'est pas le contenu, c'est le contenant qu'il importe d'enlever.

Il faudra donc, après ouverture de la cavité, râcler à l'aide de la curette la paroi, ou encore mieux, la vider et la détruire avec la pointe du thermocautère comme le conseille M. Pozzi.

Quand on se trouve en présence d'un ovarite diffuse ou d'un ovaire criblé de petits kystes, c'est à l'ignipuncture qu'il faut avoir recours de préférence.

L'incision et la destruction de tous les petits kystes avec le bistouri ou l'aiguille seraient, en effet, extrêmement laborieuses et donneraient lieu à une hémorrhagie considérable.

Voici comment on procède : quand on est en présence d'un gros ovaire, mou, blanchâtre, infiltré de liquide, on fait pénétrer la pointe du petit couteau du thermocautère, porté au rouge cerise, dans la profondeur du stroma ovarien et on touche autant de fois qu'il est nécessaire. On peut même, s'il en est besoin, fendre au thermocautère ou au bistouri l'ovaire dans sa longueur, ponctionner les kystes sur la tranche, et cautériser ceux qui ont été déjà ouverts par la section. Quand il s'agit d'un ovaire polykystique, on ouvre successivement tous les petits kystes saillants à la surface de l'organe avec la pointe du thermocautère et on brûle leur surface interne de

manière à détruire la paroi. Puis, tous les points dépressibles que le doigt explorateur rencontre à la surface de l'ovaire et qui correspondent à de petits kystes profonds, cachés dans le tissu ovarien, sont ouverts, de même que les kystes visibles à la surface.

S'il se produit un écoulement de sang, on assure l'hémostase par un ou deux points de suture au catgut. Martin, Matthaei et P. Dudley ne pratiquent pas l'ignipuncture préconisée et recommandée par M. Pozzi. Martin la croit inutile et dit que, pour arrêter le suintement sanguin consécutif à la ponction, un point de suture est suffisant. P. Dudley (1) pense aussi qu'elle n'est pas nécessaire dans la dégénérescence kystique de l'ovaire, et qu'on peut obtenir le même résultat avec une aiguille.

« En râclant la paroi du sac, le sang qui s'écoule se coagule, et le caillot qui en résulte, s'organisant vite, oblitère le sac ». Il dit aussi qu'il est difficile de limiter l'action de la chaleur, et qu'on risque de détruire en même temps que les kystes des portions saines du parenchyme ovarien.

M. Pozzi observe, avec raison, que ce n'est pas pour éviter l'hémorrhagie qu'il emploie le fer rouge ; mais pour *détruire la paroi du kyste*, ce qu'on ne pourrait obtenir avec le bistouri ou l'aiguille qu'au prix d'une série de petites dissections laborieuses. Il

(1) P. Dudley. *Loc. cit.*

ajoute que le Paquelin a l'avantage, dans les inflammations chroniques de l'ovaire, d'agir comme un *fondant*, en déterminant une irritation substitutive dans les tissus et laissant des plaies parfaitement aseptiques, qui n'ont aucune tendance à contracter des adhérences.

Quand la lésion est relativement volumineuse (kyste dermoïde, kyste du corps jaune, gros kyste folliculaire), ou bien quand les petits kystes sont tellement agglomérés, qu'il serait impossible de les extirper séparément, la résection s'impose. On doit enlever toute la portion de l'ovaire visiblement altérée, en respectant les parties qui paraissent encore saines. M. Pozzi procède de la manière suivante :

Il saisit l'ovaire à sa base, entre le pouce et l'index, et l'y maintient solidement pour assurer l'immobilité et l'hémostase provisoires. Il se sert alternativement du bistouri et des ciseaux. Avec le bistouri, il circonscrit, par deux incisions profondes, ovalaires la partie qui doit être enlevée.

Cela fait, il confie à un aide la base de l'ovaire et avec les ciseaux et la pince à disséquer il dissèque le segment d'ovaire à enlever ; s'il est nécessaire, il ébarbe aux ciseaux les lambeaux de la paroi kystique et fait un évidement plus ou moins profond de la plaie jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement nette.

L'incision est, en général, *cunéiforme* dans les

cas de kyste folliculaire et elle doit comprendre le kyste et une mince couche de tissu ovarien.

Dans la dégénérescence scléro-microkystique de l'ovaire, l'incision doit être longitudinale ou plutôt ovulaire et comprendre toute la partie malade.

La combinaison de l'ignipuncture avec la résection, comme le recommande M. Pozzi évite pousser très loin la résection. Après avoir enlevé le fragment d'ovaire, on examine soigneusement, la surface de la plaie et, si on découvre des petits kystes, on les incise et on les cautérise au thermo-cautère.

Le dernier temps de l'opération a pour but l'hémostase et la fermeture de la plaie. L'hémostase se fait en appliquant le plat du couteau du thermo-cautère, porté au rouge sombre, sur la surface cruentée, si cela ne suffit pas, on peut faire un ou deux points de suture.

Après l'hémostase, on termine en réunissant les deux lèvres de l'incision par un surjet aucatgut suffisamment fin et résistant. Ce surjet commence à une extrémité et finit à l'autre, revenant, s'il est nécessaire à la première, par un trajet récurrent.

La portion incisée est-elle considérable ; il est nécessaire de faire deux ou trois étages de sutures, pour obtenir l'affrontement des deux lèvres.

Quand la trompe est saine, on peut arriver ainsi à extirper une grande partie de l'ovaire, en ne conservant qu'une très minime portion de l'organe. M.

Pozzi dans plusieurs cas a enlevé les $\frac{4}{5}$ de l'ovaire ; dans d'autres cas, il a conservé un fragment d'ovaire ressemblant à une mince baguette. P. Dudley et Martin ont laissé dans l'abdomen des portions d'ovaire du volume d'un haricot.

Dans une de nos observations n° 13, on a enlevé les $\frac{3}{4}$ d'ovaire ; dans une autre n° 14, les $\frac{2}{3}$ et la $\frac{1}{2}$ de l'ovaire.

Les opérations conservatrices de la trompe, sont un complément nécessaire de celles de l'ovaire.

En premier lieu, vient la salpingorrhaphie, petite opération qui consiste à étaler le pavillon tubaire sur l'ovaire ou moignon de l'ovaire et à l'y fixer par des points de sutures séparés au catgut. Elle est surtout indiquée quand on a dû libérer les annexes des adhérences dans lesquelles elles sont enfouies ou bien quand il ne reste qu'un morceau d'ovaire. Dans ce cas en effet, la trompe pourrait s'égarer loin de l'ovaire et contracter de nouvelles adhérences qui rendraient illusoire le résultat de l'opération pratiquée sur l'ovaire. Il faut donc l'orienter convenablement, de manière qu'elle puisse permettre la fécondation.

Vient ensuite le cathétérisme de la trompe et la restauration de l'orifice abdominal incomplètement fermé ou légèrement oblitéré. La manœuvre est des plus simples: Avec une sonde cannulée ou un stylet, on sépare les franges du pavillon agglutinées par des adhérences molles, ou, s'il est nécessaire, on dé-

bride à l'aide d'un coup de ciseaux et on introduit après le stylet, la sonde cannelée ou mieux une sonde ou une bougie filiforme demi-rigide, dans toute l'étendue du canal jusqu'à ce qu'elle arrive dans la cavité utérine. Une petite manœuvre facilite le passage ; elle consiste à pousser la trompe vers la sonde en la faisant glisser sur cette dernière.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire, la manœuvre de Polk qui consistait, après lavage de la trompe, à laisser à demeure dans son canal un tube de drainage qu'il fixait après à la plaie abdominale. Polk employait ce procédé dans les cas de salpingite suppurée, mais il n'a donné que de mauvais résultats aussi l'a-t-il abandonné.

Si le pavillon est complètement oblitéré et la trompe dilatée, on peut créer un nouvel orifice ou bien confectionner un nouveau pavillon ; après résection du pavillon malade, ou du pavillon et d'une partie de la trompe.

Martin qui le premier a pratiqué ces opérations, incise longitudinalement la portion dilatée de la trompe, évacue son contenu puis, pour reconstituer un orifice permanent il suture la muqueuse des deux lèvres de l'incision au péritoine, par un surjet au catgut ; et termine en fixant l'orifice ainsi confectionné à l'ovaire, par quelques points de suture.

D'autres fois, après avoir réséqué la portion dilatée de la trompe, il reconstitue l'orifice en unissant

la muqueuse de la trompe au péritoine, sur tout le pourtour de la section par une suture continue au catgut qui sert en même temps à arrêter l'hémorrhagie ; après quoi il fixe cet orifice à l'ovaire.

S. Kustsch (1), dans les cas de trompe kystique fait la *salpingostomie* (de *σπυα*, bouche). Il commence par ouvrir la poche kystique, qu'il vide entièrement ; après quoi, il excise sur la paroi de la trompe un lambeau ovalaire d'un centimètre environ de largeur. Il réunit ensuite par une suture à la soie fine la muqueuse tubaire à la séreuse pour maintenir la béance de l'orifice de nouvelle formation.

Dudley (2) fait une opération semblable à celle du phimosis. Il fait une incision longitudinale d'un centimètre et demi sur la face d'insertion péritonéale de la trompe et il renverse les deux surfaces de section, comme on le ferait sur le prépuce. Il suture la muqueuse à la séreuse par un surjet, afin d'empêcher l'occlusion de la trompe qu'il fixe à l'ovaire.

Par ces procédés, on assure un nouvel orifice qui peut servir au passage éventuel de l'ovule dans la trompe et on rétablit, jusqu'à un certain point, les rapports de l'ovaire et de la trompe, mais pas d'une manière tout à fait normale et physiologique.

On pourrait se demander si l'orifice ainsi formé

(1) S. Kustsch. Loc. cit., p. 565.

(2) P. Dudley. Am. J. of Obs., janvier, 1898.

et le pavillon ainsi restauré, sont aptes à accomplir la fonction physiologique dévolue au pavillon normal, c'est-à-dire, recueillir l'ovule excrété par l'ovisac et le diriger vers l'utérus. Sans doute, ce pavillon de nouvelle formation, est capable de recueillir les ovules issus de la couche ovigène avec laquelle il est en rapport immédiat ; mais il ne peut jouer là qu'un rôle mécanique, car, étant dépourvu de son épithélium vibratile et de ses franges, il ne pourra jouer aucun rôle actif vis-à-vis des ovules.

Il ne pourra plus, comme le pavillon normal, aller au-devant de l'ovisac, prêt à se rompre, pour recevoir l'ovule, ni déterminer sa migration par les mouvements continuels de ses cils vibratiles.

Il en résulte donc que la portion de l'ovaire utilisable au point de vue de la fécondation se trouvant réduite, celle-ci serait problématique.

Pour obvier à cet inconvénient, il est important d'établir entre la trompe et l'ovaire les rapports les plus intimes, de les mettre en contact immédiat et dans la plus grande étendue possible. C'est le problème qu'ont résolu M. Gersuny de Vienne et M. Clado de Paris.

Gersuny, dans un cas d'hémato-salpinx, incisa largement la poche, la vida, la nettoya et voulut mettre en contact cette poche avec l'ovaire.

Ne pouvant y parvenir que très difficilement, il eut alors l'idée de faire glisser l'ovaire vers la poche

et de le faire passer à travers l'ouverture pratiquée, ce qu'il réalisa parfaitement, et de l'y fixer par quelques points de suture.

L'ovaire restait donc pour ainsi dire inclus dans la trompe et sa plus grande partie était recouverte par elle. Voici du reste, cette observation qui présente le plus grand intérêt :

Femme de 25 ans, mariée depuis 5 ans. Pas d'enfant.

Opération le 10 avril 1895.

À l'ouverture du ventre, je trouve, du côté gauche, un kyste tubo-ovarien gros comme une tête d'enfant. Je fais l'extirpation du kyste et des annexes.

L'ovaire du côté droit est normal. La trompe, dans sa portion utérine est de dimensions normales ; sa portion abdominale est au contraire oblitérée et kystique. La poche a le volume d'une noix.

Je fais une large incision de la poche tubaire sur la face qui regarde l'ovaire ; cette incision donne issue à du sang noir, fluide, liquide. Après avoir vidé la poche, j'examine son intérieur qui présente une muqueuse lisse, mince et des parois élastiques, peu épaisses.

En présence de ces lésions je décide de conserver l'ovaire et la trompe. J'essaie d'abord de faire glisser la poche tubaire pour la mettre en contact avec l'ovaire ; mais, comme je ne pouvais y arriver qu'en tirant fortement sur la trompe, j'eus l'idée de mobiliser l'ovaire vers la trompe et de le faire passer à travers l'ouverture que je venais de faire sur la poche. Je réussis et je l'y fixai par 6 points de suture, passant des lèvres de l'ouverture tubaire à la surface ovarienne, près de l'insertion du méso-ovarien.

La plus grande partie de l'ovaire était recouverte par la trompe.

La malade guérit et devint enceinte quatre mois après l'opération.

M. Clado pratique la *salpingo-ovaro-syndèse*, qui est une combinaison de la salpingostomie telle que la pratique Martin et de l'inclusion de l'ovaire de Gersuny (1). Voici quelle est sa technique ; Après avoir libéré les annexes, on commence par réséquer la partie malade de la trompe. Pour cela, on applique une pince à la limite de la partie malade et de la partie saine, et, d'un coup de ciseaux, on enlève la partie malade, en se servant de la pince comme guide. Cela fait, on pratique le cathétérisme pour s'assurer de la perméabilité de la portion de la trompe conservée et on procède à la confection du pavillon de la manière suivante :

Une incision horizontale de 2 à 3 cent. est faite sur la face *postéro-inférieure* de la trompe, *parallèlement et au voisinage du méso-salpinx*, en se servant d'une sonde cannelée comme guide. On fait l'incision sur la face postérieure et au *voisinage du méso-salpinx* pour deux raisons : 1° pour éviter la blessure de l'arcade sous-tubaire, formée par l'anastomose des

(1) Gersuny Central Blatt fur Gyn. 1896, page

artères tubaire et ovarienne, qui chemine dans le méso, blessure qui, outre l'hémorrhagie, pourrait compromettre la nutrition de la trompe ; et 2° parce que la trompe, ainsi incisée, va recouvrir facilement et presque d'elle-même l'ovaire sous-jacent.

On écarte largement les deux lèvres de l'incision, on lave pour faire une antiseptie rigoureuse avec une solution de sublimé (1/5000) et on suture ce nouveau pavillon ainsi formé à l'ovaire, au moyen d'un surjet de catgut. Voici comment M. Clado fait cette suture qui constitue un temps important de l'opération. Il commence le surjet à l'angle de l'incision tubaire (point angulaire) par un point qu'il noue comme au commencement de tout surjet. Il va alors saisir l'ovaire par son extrémité interne avec l'aiguille et il l'amène sous le pavillon et le met en contact avec l'angle de l'incision tubaire par un deuxième point ; il fixe solidement l'ovaire à la trompe, puis il continue le surjet suturant la lèvre ou valve antérieure du nouveau pavillon à la face antérieure de l'ovaire et la lèvre postérieure à la face postérieure, de façon à envelopper la glande dans toute son étendue. Le surjet va d'abord de l'extrémité interne vers l'extrémité externe du pavillon, et revient par un trajet rétrograde de l'extrémité externe, vers l'extrémité interne se terminant là où il a été commencé. Il faut avoir soin, en faisant cette suture, de prendre l'ovaire le plus superficiellement possible.

Deux ou trois points de suture suffisent pour chaque lèvre et deux ou trois pour le pourtour du pavillon.

Le seul accident de l'opération c'est la blessure de l'arcade artérielle sous-tubaire, mais il suffit pour arrêter l'hémorrhagie de pincer ou de lier l'artère.

Les deux procédés que nous venons de décrire ont sur les précédents le grand avantage d'établir entre le moignon de la trompe et l'ovaire une espèce de fusion, un contact intime dans la presque totalité de sa surface. L'ovule, au moment de la ponte, sera pour ainsi dire, excrété dans la cavité même de la trompe ; il ne pourra pas s'égarer. La fécondation aura donc beaucoup de chance de se produire.

La migration de l'ovule vers l'utérus est-elle possible dans ce cas ? On serait peut-être tenté d'en douter et de croire que l'ovule, une fois arrivé dans la cavité de la trompe, reste là, comme dans un conduit inerte, incapable de progresser. L'observation de Gersuny démontre que cette migration se fait et que le pavillon de nouvelle formation est capable de jouer un rôle actif.

La salpingo-ovaro-syndèse de M. Clado est supérieure à l'inclusion de Gersuny. C'est un procédé réglé, méthodique et d'application plus générale. Elle est possible même avec une petite portion de trompe. M. Clado par des expériences sur le cadavre a montré qu'elle est possible, même quand on n'a

conservé que le $\frac{1}{3}$ interne de la trompe ; mais dans la pratique, on doit se limiter à réséquer le $\frac{1}{3}$ externe, afin d'avoir un pavillon suffisant pour recouvrir la moitié supérieure des deux faces de l'ovaire et son bord convexe.



IV

RÉSULTATS

Nous finirons ce travail par l'exposition sommaire des résultats donnés par les opérations conservatrices.

Si l'on veut en apprécier la valeur exacte, il importe d'étudier séparément les résultats qu'elles donnent au point de vue opératoire, c'est-à-dire les *résultats immédiats* et au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire les *résultats éloignés*.

Le nombre des cas que nous rapportons est de 40. Trente-sept de ces malades ont été revues, examinées et interrogées à diverses époques, par MM. Richelot, Pozzi, Delbet, Tuffier, Leguéu, Clado et par nous-même. Trois n'ont pas été examinées, mais nous avons pu avoir des renseignements sûrs sur leur état ultérieur.

La plupart de ces malades ont été revues un an ou deux après l'opération. Chez deux seulement

l'opération était de date récente : 4 mois (obs. 27 unilatérale) et 8 mois (n° 28 unilatérale).

Résultats immédiats. — Au point de vue opératoire, le résultat a été favorable dans tous les cas. Sous ce rapport nous n'avons pas d'autre accident à signaler qu'un cas de phlébite et deux cas de pyonéphrose, survenus pendant la convalescence.

La syncope et le collapsus sont survenus le 4^e jour après l'opération ; ils ont été graves et ont nécessité plusieurs injections de sérum artificiel. La malade guérit. (Observation 25 unilatérale).

La phlébite est survenue 15 jours après l'opération et a été peu grave (Observ. 19, unilat.)

Dans les deux cas de pyonéphrose, on a dû faire la néphractomie, et la néphropexie. Les deux malades guérissent.

Résultats thérapeutiques. — Pour mieux apprécier les résultats thérapeutiques ou éloignés des opérations conservatrices, il faut étudier les résultats au point de vue de la disparition des symptômes morbides, au point de vue de la menstruation et de l'état général, et enfin au point de vue de la grossesse.

En ce qui concerne la guérison, elle a été complète dans la majorité des cas ; 28 sur 40 (70 %) ; sept malades n'ont retiré qu'un petit profit de l'opération, et chez 5 d'entre elles, le résultat a été nul.

Par guérison, nous entendons la disparition complète, ou presque complète des symptômes qui

avaient nécessité l'opération. Quand nous parlons de guérison, nous voulons dire par conséquent que la malade ne souffre plus, ou presque plus, qu'elle est bien réglée, qu'elle n'a pas de pertes rouges, ni blanches, que l'état général est bon ; en un mot, que la malade est bien *portante, valide, capable de reprendre son travail et la vie commune.*

Nous n'avons pas rangé parmi les guérisons, les cas où il y a eu seulement une amélioration. Nous avons formé un groupe à part sous la rubrique de *résultats médiocres*. Ceux-ci ont été au nombre de 7 : Il s'agissait là pour la plupart des cas, de nerveuses ; dans les n^{os} 22 et 23 unilat., il s'agissait de femmes hystériques ; dans le n^o 7 bilatéral, d'une neurasthénique. L'intervention était justifiée dans tous ces cas par des symptômes graves et par une lésion manifeste des annexes. Certes, les résultats obtenus dans ces cas, ont été médiocres ; après une rémission passagère, les malades ont recommencé à souffrir ; mais l'opération radicale a été plus désastreuse encore.

Ces faits démontrent le peu de confiance qu'on doit accorder, d'une manière générale, aux interventions chirurgicales chez les nerveuses.

Le résultat a été nul 5 fois (Observ. 2 bilat. 17, 18, unilat.). Dans tous ces cas, la malade, après la 1^{re} opération, a continué à souffrir et une 2^e opération a été nécessaire.

Dans le n^o 2 bilat., M. Richelot avait fait l'igni-

puncture des deux côtés pour ovarite scléro-kystique. La malade continua à souffrir et M. Reynier pratiqua une 2^e laparotomie et extirpa les annexes conservées qu'il a trouvées volumineuses et exagérées.

Dans le n° 17, M. Schwartz, chez une femme de 29 ans qui avait des hémorrhagies très abondantes, fit d'abord l'ablation des annexes droites et la conservation des annexes gauches qui paraissaient saines. Les pertes continuèrent et il dut faire une 2^e laparotomie et l'ablation de l'annexe conservée qui était très dégénérée.

Dans le n° 18, M. Schwartz avait encore enlevé les annexes droites et conservé les annexes gauches. La malade continua à souffrir et il dut faire, à la fin, l'hystérectomie vaginale. L'insuccès a été dû ici, en partie au moins, à la maladie de l'utérus, atteint de métrite parenchymateuse. On aurait pu, dans ce cas, faire dès le début l'hystérectomie; mais comme la malade était encore jeune, et la lésion unilatérale, M. Schwartz crut plus sage de commencer par la conservation.

Dans le cas n° avait pratiquée une première laparotomie exploratrice. A l'ouverture du ventre on se trouva en présence de lésions annexielles trop légères pour faire l'extirpation, et d'un utérus gros, ayant les apparences d'un utérus *gravide*; on se contenta de refermer le ventre. Deux mois après cette première opération, la malade fit un avortement et

recommença à souffrir : on fit alors une deuxième laparatomie et on trouva les annexes droites très poly-kystiques et les annexes gauche presque saines. On fit l'ablation à droite et la conservation à gauche.

Au bout de trois mois la malade recommença à souffrir à gauche, et on dut enlever l'annexe conservée qu'on trouva très poly-kystique. A partir de ce moment, la guérison fut complète.

Dans l'observation n° , M. Richelot avait fait chez une femme de 26 ans, l'ablation des annexes gauches très dégénérées ; et, du côté droit il s'était contenté de faire l'ouverture et le râclage d'un gros kyste du corps jaune, l'ignipuncture d'autres petits kystes séreux et la salpingostomie, avec suture de la trompe à l'ovaire. Les douleurs et les hémorrhagies pour lesquelles on était intervenu continuèrent et M. Richelot fut obligé de faire en dernière ressource l'hystérectomie vaginale. L'ovaire conservé était volumineux et scléro-kystique, la trompe parenchymateuse, l'utérus gros et malade. La guérison fut complète.

Nous ferons remarquer que dans tous ces cas, la 2^e opération ne présenta aucune difficulté.

Au point de vue de la menstruation, on a noté dans 3 cas, un arrêt des règles (observ. 20 unilat. 11 bilat.). Mais dans le cas n° 11 bilat., la suppression de la menstruation doit être attribuée à la morphomanie et dans le cas n° il y a beaucoup de pro-

babilités pour qu'il s'agisse d'une grossesse au début, de sorte qu'en réalité, nous pouvons dire, que la menstruation a été conservée, 39 fois sur 40 (97,5%).

En général la menstruation revient un mois après l'opération ; pendant les 2 ou 3 premiers mois, elle est irrégulière et un peu douloureuse, ensuite elle reprend son cours normal.

Quand aux troubles post-opératoires, nous ne les avons constatés, que dans un cas (observ. 20 unilat.) où il y avait eu en même temps suppression de la menstruation. La malade avait des bouffées de chaleur, sueurs, crises de nerfs, malaises ; ces troubles, du reste, étaient légers et n'apparaissaient qu'au moment où les règles devaient avoir lieu.

Dans le n° 1 unilatéral il y avait aussi quelques légers troubles : céphalalgie, malaises, dyspepsie, mais il faut les attribuer plutôt à l'arthritisme.

Dans le n° 2 on constata également des bouffées de chaleur, des étourdissements, du névrosisme, nous avons déjà dit, qu'il s'agissait dans ce cas là, plutôt d'un début de grossesse.

Dans les malades des observations 22, 23 unilatérale et 7 bilatérale, il existait des troubles nerveux, mais ici, il ne s'agit, à proprement parler, de troubles post-opératoires, ce sont des troubles nerveux sous la dépendance de l'hystérie et de la neurasthénie.

Dans les autres cas, il y avait un état général

excellent et une intégrité physique et psychique complètes. Au point de vue de la *grossesse*, elle a eu lieu quatre fois.

Dans le cas n° 1 bilat. M. Richelot, à l'ouverture du ventre, trouva une lymphangite pelvienne classique ; l'utérus et les annexes étaient adhérents au cul-de-sac de Douglas, au rectum, au cœcum, les trompes étaient oblitérées et parenchymateuses, les ovaires poly-kystiques. Il se contenta de libérer les annexes et de faire l'ignipuncture sur les deux ovaires ; la malade guérit, devint enceinte, mais elle avorta à quatre mois.

Dans le cas n° 4, M. Legueu se contenta de faire l'ignipuncture sur les ovaires scléro-kystiques et la salpingostomie sur les trompes oblitérées ; la malade devint enceinte et accoucha à terme. De même, dans le cas de M. Legueu, il fit l'ablation des annexes gauches et l'ignipuncture de l'ovaire droit. La malade guérit et accoucha à terme.

Dans le n° 5 bilatérale M. Tuffier trouva les annexes englobées et adhérentes à la postérieure de l'utérus ; comme les annexes étaient relativement saines, il se contenta de libérer les adhérences. La malade guérit, devint enceinte et accoucha à terme.

Dans les cas n° 8, 13 bilat., il y avait un soupçon de grossesse, mais la chose étant douteuse, nous ne les considérons pas comme des cas de grossesse positive.

En résumé, sur 40 observations, il y a eu : 28 guérisons définitives (70 %) ; 7 résultats médiocres, 5 résultats nuls et 4 cas de grossesse (10 %).

Ces résultats se partagent de la manière suivante, parmi les différentes opérations :

Sur 32 cas d'ignipuncture et de résection, de l'ovaire, il y a eu 21 guérisons complètes (66 %), 4 résultats nuls, 7 médiocres et 3 grossesses.

Sur 7 opérations de la trompe (3 salpingostomies, 4 salpingo-ovaro-syndèse), il y a eu 6 guérisons (85 %), 1 résultat négatif et 1 grossesse.

Enfin, sur un cas d'incision et drainage, il y a eu 1 guérison.

On trouvera peut-être nos résultats trop optimistes ; nous ferons remarquer que nous n'avons pas choisi les cas et que nous avons pris indistinctement tous les cas bons et mauvais, dont nous avons eu connaissance.

Si l'on veut les comparer avec les résultats obtenus par M. Pozzi, par Martin, par Polk, par Dudley, on s'apercevra qu'ils leur sont inférieurs.

M. Pozzi, sur 48 malades revues, a trouvé 33 guérisons (68,5 %), 8 résultats nuls, 7 médiocres et 12 grossesses (24 %).

Martin (de Berlin), sur 25 cas de résection de l'ovaire revus, a constaté 23 guérisons (92 %), 2 résultats négatifs et 8 grossesses (1/5). Sur 65 cas de résection de la trompe, il a eu 2 cas de mort. Sur

53 de ces cas revus, il y a eu 48 guérisons (90 %), 5 récidives et 2 grossesses (3,5 %).

Polk sur 36 cas de résection et ignipuncture de l'ovaire, a eu 31 guérisons (86 o/o), 5 récidives et 2 grossesses (3,5 o/o).

Dudley sur 88 cas d'opération conservatrice a eu 14 cas de grossesse.

On trouvera aussi, peut-être, que les cas de grossesse sont en proportion minime, dans notre statistique. Cela s'explique par ce fait, que la moitié des opérées étaient des célibataires.

Nous ne voulons tirer qu'une seule conclusion de ces résultats, c'est que l'argument le plus sérieux, que les adversaires de la conservation invoquent, pour la condamner, *la rareté d'une guérison solide*, n'est plus à considérer comme un argument de quelque valeur.

On a donc le droit de conclure avec Martin, que si *d'une part le chirurgien ne doit pas hésiter à enlever un organe quand il est malade, il a, d'autre part, le devoir de conserver tout ce qui paraît sain.*



OBSERVATIONS

CONSERVATION UNILATÉRALE

Observation 1

Due à l'obligeance de M. Richelot

Salpingo-ovarite et hydrosalpinx à droite (Gonococite).

Ablation. Kyste dermoïde à gauche, résection avec conservation de la moitié de l'ovaire.

B... Laurence, âgée de 30 ans, couturière célibataire.

Antécédents héréditaires. Père mort d'un cancer du foie.

Antécédents personnels. Tempérament délicat. Migraines fréquentes. Réglée à 17 ans ; règles régulières, peu abondantes, non douloureuses, durant 2 jours. Pas d'enfants ni de fausse-couche.

Souffre depuis 5 ans dans le flanc gauche, dans la région rénale, avec irradiation dans la fosse iliaque et dans l'hypogastre.

Il y a 2 ans, elle a eu une cystite chronique avec pyurie abondante, mais intermittente. Elle s'est fait soigner à Necker.

Depuis 1 an, la douleur du flanc gauche est permanente et a fini par l'empêcher de travailler. Elle ne souffre pas du côté droit.

Etat actuel. On ne constate aucun signe physique appréciable du côté du rein et de l'uretère gauche, malgré un examen attentif.

L'utérus de volume normal, en légère anté version. Dans le cul-de-sac droit, on sent une petite masse arrondie, assez douloureuse au toucher.

Dans le cul-de-sac gauche, le doigt provoque une douleur très vive avec irradiations lombaires correspondantes ; mais sans localisation bien nette.

Leucorrhée abondante.

Etat général médiocre. Anorexie, faiblesse, constipation, un peu de nevrosisme, frisson et fièvre vespérale quelquefois. Urine purulente.

Laparotomie le 15 juin 1897. On trouve à droite : l'ovaire hystique et volumineux, dans la trompe un hydrosalpinx considérable. On fait l'ablation.

A gauche : Trompe saine ; l'ovaire est aussi volumineux et hystique. Le kyste plus gros est un kyste dermoïde. On fait la résection de ce kyste en enlevant en même temps une partie du tissu ovarien qui est réduit à sa moitié. Sur le reste on fait l'ignipuncture.

M. Richelot fait la conservation chez cette malade de parti pris pour la conservation de la fonction mensuelle.

Suites opératoires : Bonnes. Lacicatrisation se fait sans accident. La douleur dans le flanc gauche persiste. La malade sort le 8 juillet 1897.

Suites éloignées : La malade revient à l'hôpital le 30 juillet parce qu'elle a continué à souffrir dans la région lombaire gauche et dans le trajet de l'uretère. La pyurie a augmenté. Une exploration du rein ne fait découvrir qu'un peu de sensibilité.

On intervient cependant le 31 juillet 1897 et on fait la

néphrectomie. Le rein était très volumineux et très malade, le bassin épaisi et suppuré de même que l'origine de l'uretère. Pas de calculs.

Suites opératoires : bonnes. La plaie se cicatrise parfaitement, les douleurs disparaissent. Les urines deviennent claires et tous les accidents urinaires disparaissent.

Revue le 16 mars 1899. Pas d'enfants ni de fausses couches. Règles régulières, non douloureuses, normales comme quantité et durée. Pas de pertes blanches.

Elle a quelquefois des malaises, des maux de tête, surtout au début des règles. La dyspepsie a continué, la constipation aussi. Bon état général.

En somme résultat assez satisfaisant.

Observation 2

Due à l'obligeance de M. Richelot.

Salpingo-ovarite bilatérale. Ablation à gauche. Salpingorrhaphie et ignipuncture à droite.

Madame L. . . . âgée de 24 ans, lingère, mariée, entre au service de Richelot le 29 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bien portante en général, quoique très nerveuse. Réglée à 17 ans ; règles régulières mais douloureuses, surtout les premiers jours ; durant 5 jours. Mariée à 22 ans. Un accouchement normal à terme. Trois semaines après elle commence à souffrir du ventre. Douleurs vives, continues, étendues aux deux régions inguinales des deux côtés, mais plus marquées à gauche.

Depuis cette époque, hémorrhagies fréquentes et à des intervalles très courts, 8 à 15 jours. Dans les intervalles,

Montana

perles blanches, très abondantes. Elle vient à l'hôpital pour les hémorrhagies qui l'ont affaiblie considérablement et qui ne lui permettent aucun travail.

Examen. — Constipation. Anorexie. Affaiblissement général. Pas de trouble de la miction.

Toucher — Col utérin abaissé, petit et douloureux. Corps en rétroflexion. Cul de sac gauche occupé par une masse annexielle du volume d'un œuf de poule. On peut suivre avec le doigt les inflexions de la trompe. L'exploration est douloureuse.

Diagnostic. — Annexite double.

Laparatomie avec intention conservatrice le 9 avril 1898.

On trouve la trompe du côté droit parenchymateuse, complètement au cul de sac de Douglas et contenant mucus et grumeaux de *mauvaise qualité*. Ovaire *scléro-kystique*.

On décolle la trompe du cul-de-sac de Douglas; on exprime le mucus et les grumeaux; on nettoie avec soin et on suture le pavillon à l'ovaire, par trois points au catgut, cela pour rétablir les rapports de l'ovaire et de la trompe; mais surtout *pour préserver le péritoine contre le mucus infecte*.

Sur l'ovaire on fait l'ignipuncture.

A gauche, les lésions sont plus avancées, l'ovaire est complètement scléro-kystique, on fait l'ablation.

Suites immédiates. — Légère élévation de température les deux premiers jours mais sans autre accident. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération la malade a des élancements douloureux tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

22 Avril. — La malade se lève, elle ne souffre plus, c'est à peine si elle a par intervalles quelques douleurs insignifiantes du côté droit.

29 Avril. — Elle sort de l'hôpital, se considérant guérie.

Suites éloignées. — Revue le 21 et 26 mai 1898. Elle est très améliorée.

Après sa sortie de l'hôpital, elle a souffert pendant quelques temps un peu du côté droit, mais depuis quelques jours, elle ne souffre plus. Elle est satisfaite de l'opération.

Revue le 30 novembre 1898. Elle va très bien, elle ne souffre plus, avant l'opération elle souffrait beaucoup.

Les hémorrhagies ne se sont pas renouvelées. Règles régulières, pas douloureuses.

Pas de grossesse.

En un mot : Résultat satisfaisant.

Observation 3

Due à l'obligeance de M. Richelot

Ovarite scléro-kystique double. Puerpérale. Kyste parovarien. Ablation à gauche. Ignipuncture et résection d'un petit kyste à droite.

R. Eugénie, femme G..., âgée de 31 ans, mariée.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans ; règles régulières. Mariée à 18 ans. Huit mois après son mariage, fausse couche de 4 mois. A partir de cette époque, elle commence à souffrir du ventre. Quatre ans après, elle accouche d'un enfant pesant 625 grammes (?) suites normales.

L'année dernière, elle a eu des ménorrhagies assez abondantes. Les règles étaient douloureuses et se prolongeaient 8 à 10 jours. On lui fait un curettage, il y a une amélioration passagère ; les pertes se sont arrêtées. Depuis 2 mois les douleurs sont plus vives, surtout à gauche. Elle se tient courbée en deux et tout travail lui est impossible.

Etat actuel. — Utérus en position normale. Dans le cul-de-sac gauche et en arrière, on sent une poche du volume d'une mandarine, fluctuante et douloureuse. Dans le

cul-de-sac droit on ne sent pas les annexes mais on provoque une vive douleur par le toucher.

Laparotomie le 14 octobre 1897.

A droite : trompe à parois épaisses, pavillon oblitéré, gros ovaire très polykystique et adhérent. On détruit les adhérences avec soin, on fait la *réssection* complète du kyste au thermo-cautère et l'ignipuncture des autres.

A gauche : Adhérences peu nombreuses. Les annexes présentent les mêmes lésions qu'à droite, mais plus accentuées. On les enlève.

Au-dessous des annexes, dans le ligament large, collé à sa face postérieure, on trouve un kyste séreux (kyste parovarien) du volume d'une mandarine. C'est cette tumeur que l'on sentait par le toucher. On l'énuclée sans le rompre et on l'enlève.

Suites opératoires. Bonnes ; la plaie se cicatrise par première intention. La malade ne souffre plus du côté gauche (ablation), mais elle se plaint encore du côté droit (ignipuncture).

Suites éloignées. Revue le 28 février 1898. Elle allait d'abord très bien ; mais depuis un mois elle a commencé à souffrir à droite (côté conservé). Elle ne souffre plus du tout à gauche (ablation). C'était surtout de ce côté qu'elle souffrait avant l'opération. Règles six semaines après l'opération non douloureuses. On lui prescrit des bains alcalins.

Revue de nouveau le 4 novembre et le 7 décembre 1898. Parfaitement guérie. Elle n'a plus de douleurs. Avant l'opération, elle souffrait beaucoup, elle ne pouvait pas du tout travailler. Règles très régulières, durent un ou deux jours et elle ne s'en aperçoit pas.

La malade est très contente de l'opération. Avant l'opération, les règles étaient douloureuses. Pas de pertes rouges ni blanches. Pas d'enfants ni de fausses-couches ; pas de bouffées de chaleur ni d'état neurasthéniforme.

Résultat satisfaisant.

Observation 4

Due à l'obligeance de M. Richelot. (Inédite)

*Salpingo-ovarite bilatérale. Nombreuses adhérences.
Cause douteuse. Ablation à gauche. Ignipuncture et
suture tubo-ovarienne à droite. (Salpingotomie.
Hystérectomie vaginale secondaire.*

D... Anna, femme âgée de 26 ans célibataire.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie sérieuse. Règles régulières durant huit jours. Pas d'enfants, ni de fausse couche.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans moment des règles.

Elle a eu des douleurs dans le ventre, surtout à gauche et des métrorrhagies qui se sont prolongées pendant trois mois, puis les hémorrhagies sont devenues moins fréquentes et moins abondantes ; mais les douleurs ont augmenté au point que tout travail lui est devenu impossible.

Examen. — Utérus normal ?

Dans le cul de sac gauche, on sent une masse mobile, très douloureuse au doigt.

A droite, on trouve aussi les annexes un peu augmentées de volume, mais indolentes.

Douleur spontanée et à la pression dans toute la région hypogastrique, mais plus marquée à gauche, avec irradiations lombaires.

Pertes blanches abondantes.

Etat général bon.

Laparatomie le 18 mars 1897.

On trouve :

A droite : ovaire très poly-kystique, gros kyste du corps jaune. On ouvre le kyste au thermo-cautère, on racle à la curette et on ferme avec trois points de suture au catgut. Sur le reste de l'ovaire on applique plusieurs points d'ignipuncture.

La trompe est congestionnée, grosse, demi-parenchymateuse avec le pavillon complètement oblitéré.

On ouvre le pavillon au bistouri, on assure l'hémostase avec des points au catgut et par trois points de suture au catgut on fixe le pavillon en l'appliquant sur une partie à peu près saine de l'ovaire.

A gauche : Ovaire et trompe très dégénérés, la conservation étant impossible on fait l'ablation.

Il existait de fortes adhérences de péri-ovarite aussi bien à droite qu'à gauche.

Utérus congestionné et gros.

Observation. — Les lésions dans ces cas étaient plus étendues que l'examen n'en faisait prévoir.

Suites opératoires. — La guérison se fait sans accident.

Suites éloignées. — La malade revient à l'hôpital le 24 mai 1897.

Elle n'a retiré aucun profit de l'opération ; les douleurs et les métrorrhagies ont continué comme précédemment.

La malade réclame une nouvelle intervention.

A l'examen on trouve : utérus gros et douloureux ; cul de sac gauche légèrement douloureux, ainsi que le cul de sac droit où on sent un empâtement.

Etat général bon.

M. Richelot en vue de ces lésions, intervient une deuxième fois et fait l'hystérectomie vaginale qui ne présente aucune difficulté.

Les annexes droites sont volumineuses, la trompe parenchymateuse,

Observation 5

Due à l'obligeance de M. Richelot (inédite)

*Double ovarite scléro-kystique. Ablation à gauche.
Ignipuncture à droite et résection d'un petit kyste*

M... Sophie, âgée de 27 ans, repasseuse, mariée.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans ; bien réglée. Dans l'intervalle elle avait quelques pertes blanches. Mariée à 21 ans, elle a eu deux enfants, le dernier il y a 3 ans.

Elle souffre depuis un an, de douleurs dans la cavité pelvienne, surtout du côté gauche. Ces douleurs augmentent au moment des règles et avec la marche, elles se calment par le repos.

A son entrée dans le service, la malade se plaint de douleurs dans la région iliaque gauche.

Examen : Utérus normal, mobile. Dans le cul-de-sac postérieur, derrière lui, on trouve une masse dure, s'étendant vers les culs-de-sac latéraux, mais prédominant surtout du côté gauche.

On laisse la malade en repos pendant quelques jours, les douleurs se calment.

Le jour de l'opération, on examine à nouveau la malade. On ne trouve que la masse annexielle du côté gauche. Le cul-de-sac latéral est légèrement bridé.

Laparotomie, le 22 mars 1898.

Les annexes gauches sont énormes, adhérentes ; l'ovaire est poly-kystique, la trompe parenchymateuse, *ablation*.

Les annexes droites sont moins volumineuses et un peu moins malades, que les gauches. Ovaire très polykystique.

M. Richelot, fait de parti-pris la conservation en considération de l'âge de la malade. Il enlève un kyste plus gros que les autres, à contenu fibrineux et une tranche de tissu qui l'entourait. Sur le reste, il fait l'ignipuncture de même que sur la trompe parenchymateuse.

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sortie de l'hôpital ne souffrant plus.

Suites éloignées. — Revue un an après. Elle va très bien et est très contente de l'opération. Elle peut faire son travail, sans que rien ne la gêne. De temps en temps, elle a quelques petites douleurs à droite. Avant l'opération, elle souffrait beaucoup.

Règles régulières, non douloureuses (avant elles étaient douloureuses), normales comme quantité et durée. Pas de bouffées de chaleur, ni de troubles nerveux. Pas d'enfant, ni de fausse-couche.

En résumé : résultat satisfaisant.

Observation 6

Due à l'obligeance de M. Legueu (Inédite)

*Salpingo-ovarite puerpérale bilatérale. Rétroversion.
Ablation à gauche. Ignipuncture à droite. Hysté-
ropexie. Grossesse.*

V... Marie, 38 ans, mariée; entre dans le service de M. Pozzi, le 17 mars 1897.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 14 ans, toujours régulièrement.

Elle a eu huit grossesses, toutes à terme et une fausse couche.

Dans les intervalles des règles, elle avait des pertes blanches, mais très peu abondantes.

Elle souffre depuis deux ans de douleurs dans le côté gauche du ventre. Les douleurs assez intenses augmentent avec la marche mais ne s'irradient pas.

Depuis deux mois, elle a une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec des douleurs expultrices très prononcées. Elle éprouve aussi du ténésme rectal et une constipation opiniâtre.

Examen. — Utérus en rétro-version irréductible. Grosse annexite du côté gauche. Légère tuméfaction au niveau de l'ovaire et de la trompe du côté gauche.

M. Legueu chargé du service fait la laparotomie, le 30 avril 1897.

Il trouve les annexes du côté gauche très malades, en conséquence fait l'*ablation totale*.

Du côté droit les lésions sont moins avancées : l'ovaire est poly-kystique, la trompe tuméfiée mais perméable; il se contente de faire l'ignipuncture sur l'ovaire et laisse le reste en place.

Il termine l'opération en libérant l'utérus de ses adhérences au Douglas et en le fixant par trois points de suture au catgut à la paroi abdominale.

Suites opératoires. — La malade sort le 29 mai 1897.

Suites éloignées. — La malade devient enceinte et accouche à terme à Baudelocque, le 9 avril 1898, d'un enfant vivant et bien portant.

La grossesse a évolué sans accident. L'accouchement s'est effectué normalement, mais le travail a été un peu long.

Observation 7

Due à l'obligeance de M. Legueu. (Inédite).

Salpingo-ovarite gauche. Ablation à gauche. Conservation à droite, Cause blennorrhagique.

Q... Marie, 27 ans, dévideuse. Entrée le 2 octobre.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Règlée à 14 ans, toujours irrégulièrement. Règles douloureuses, durant 4 jours, peu abondantes.

Il y a douze ans, blennorrhagie. Elle est mariée depuis 8 ans. Sa maladie date de 4 ans. Elle a commencé par souffrir du côté gauche du ventre ; la douleur était vive mais supportable, elle se propageait à la jambe et à la cuisse du même côté ; augmentait avec la marche et se calmait par le repos. Depuis l'année dernière les douleurs sont devenues plus vives et l'obligent à s'arrêter dans son travail et souvent même à garder le lit

Ses règles sont devenues plus abondantes et irrégulières. Pertes blanches pas très abondantes.

Etat général. Bon.

Très nerveuse.

Opération le 12 octobre 1897. Ablation à gauche, conservation à droite.

Suiles opératoires. Normales.

Suites éloignées. Revue en décembre 1898 et 13 janvier 1899. Elle va très bien.

Elle a eu ses règles un mois après l'opération. La deuxième fois, elle a perdu pendant 15 jours ; mais, à partir de cette époque, ses règles sont régulières et non douloureuses ; elles ne durent que 3 ou 4 jours.

Elle reprit son travail deux mois après l'opération et depuis ce moment elle ne s'est pas arrêtée.

Pas d'enfants ni de fausse-couche. Elle n'a pas de bouffées de chaleur ; les troubles nerveux qu'elle avait avant sont amoindris.

Appétit et plaisir sexuels normaux.

En un mot, succès.

Observation 8

Due à l'obligeance de M. Pozzi. (Inédite)

Kyste de l'ovaire gauche. Pédicule tordu. Hématome de l'ovaire droit. Ablation. Fibrome juxta-utérin compris dans le ligament large droit. Résection de l'ovaire droit et énucléation du fibrome. Soupçon de grossesse.

R... Angèle, femme D..., 38 ans, ménagère, mariée, entre dans le service de M. Pozzi le 15 mai 1897.

Ant. Hér. Rien d'intéressant.

Ant. Pers. Réglée à 11 ans, règles toujours régulières durant 8 jours, peu abondantes. Mariée deux fois, deux enfants, le dernier il y a 9 ans, accouchement prolongé et difficile. Suites normales ; retour des règles 4 mois après. Elle est malade depuis deux ans. Arrêt des règles pendant 4 mois et, depuis cette époque, elle souffre dans le bas-ventre, du côté gauche avec propagation à la cuisse et au rein. Les douleurs étaient très vives, venaient par crises et la faisaient souffrir beaucoup, lui rendant impossible tout travail et l'obligeait à garder le lit.

Quatre mois après, elle eut une forte hémorrhagie pendant 8 jours. Après cette perte, ses règles continuèrent régulières, mais plus abondantes et un peu douloureuses.

Les douleurs augmentèrent à partir de cette époque-là et revenaient journellement. Elles n'augmentaient pas pendant les règles. Pertes blanches. Prolapsus utérin.

Diarrhée et phénomènes dyspeptiques. Malade très nerveuse.

Laparatomie le 11 juin 1897.

Kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête de fœtus à terme, à pédicule large, à contenu séreux, tordu lâchement (un tour et demi), il est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. Excision du kyste.

A droite. Corps fibreux du ligament large droit accolé à l'utérus, sans connexions apparentes. Incision du ligament large droit, énucléation d'un fibrome mamelonné, du volume d'un gros œuf. La loge est sillonnée de veines et très saignante. On fait un surjet à la soie sur le corps de l'utérus, on marsupialise la section du ligament large et on le fixe à la plaie abdominale. *L'ovaire droit* scléreux, mamelonné, présente deux kystes sanguins du volume d'une petite noisette à chacun de ses pôles. Ils sont ouverts, réséqués, cautérisés et suturés ; on conserve le reste. La trompe très œdémateuse est perméable.

Suites opératoires. — Bonnes.

Suites éloignées. — Revue le 5 février 1899. Très bien portante ; elle ne souffre plus, elle peut travailler et marcher, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. Elle eut ses règles deux mois après l'opération, sans douleur et, à partir de cette époque, elles continuèrent régulières, normales comme abondance et pas douloureuses. Depuis le mois de septembre elles se sont arrêtées et depuis cette époque elle a des bouffées de chaleur avec étourdissements, céphalalgie et sueurs profuses et elle est devenue nerveuse. Elle souffre toujours de l'estomac et se fatigue facilement. Elle a encore des pertes blanches.

Examen. — Cicatrice parfaite, pas d'éventration. Prolapsus notable de la paroi antérieure du vagin qui sort au

niveau de la vulve. Métrite du col et du corps. Col mou. Utérus gros, 3 travers de doigts au-dessus du pubis, mobile en antéverson. Il est sensible au toucher et surtout au niveau du fond (isthme). Culs-de-sac souples. On ne perçoit pas les annexes de ce côté.

En résumé : La malade a tiré grand profit de l'opération et elle est satisfaite, elle ne souffre plus, n'a plus d'hémorrhagies et il y a soupçon de grossesse.

Observation 9

Due à l'obligeance de M. Pozzi

Ovarite scléreuse à gauche. Kyste folliculaire de l'ovaire à droite. Ablation à gauche. Resection des 5/6 de l'ovaire droit. Salpingorrhaphie.

M... Alphonsine, femme V..., âgée de 30 ans.

Antecedents hereditaires. — Sans importance.]

Antecedents personnels. — Accouchement à 18 ans. Réglée à 10 ans 1/2. Bien réglée jusqu'à l'âge de 27 ans ; règles non douloureuses, peu abondantes. A partir de cette époque, ses règles sont devenues irrégulières, plus abondantes que d'habitude et douloureuses ; durant de 8 à 15 jours. Elle souffre surtout pendant les deux jours qui précèdent la menstruation. Dans les intervalles, elle a des pertes blanches abondantes, non fétides. Pas de fausse-couche. Pas de blennorrhagie ; aucun symptôme vésical. Très nerveuse. Troubles dyspeptiques.

Etat actuel. La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont constantes ont leur maximum à côté droite et s'irradient vers la région lombaire et les cuisses. Etat général, bon, mais la malade est une névro-

pathe qui présente le syndrome utérin complet, avec symptômes gastriques exagérés.

Toucher. L'utérus en antéversion légère, mobile, les mouvements sont douloureux. Col est à peu près normal. Capacité utérine 6 cent. 1/2. *Annexes droites* : L'ovaire est gros, douloureux. Il est prolabé dans le cul-de-sac postérieur, mais il est mobile. *Annexes gauches* : Ovaire plus volumineux que celui de droite mobile et douloureux. *Trompe volumineuse*.

Diagnostic, ovaires scléro-kystiques.

Opération le 10 février 1897.

A l'opération, on trouve les annexes des deux côtés adhérentes : on détruit les adhérences et on les attire à l'extérieur.

On constate : *Du côté gauche*, ovaire diminué de moitié de volume, dur, sa surface est d'aspect crayeux, sans saillie kystique, sclérose évidente. Trompe perméable, contournée et comme enroulée derrière l'ovaire, pelotonnée sous des adhérences. Sous son pavillon très adhérent à l'ovaire dans sa portion terminale, existent de petits kystes Wolffieus, l'un de la grosseur d'un pois, l'autre de deux. *Ablation*. *Du côté droit* : Ovaire augmenté de volume, présente aux deux saillies, l'une externe flottante (gros kyste folliculaire du volume d'une petite noisette), l'autre médiane, jaunâtre du même volume (kyste du corps jaune). On ponctionne le kyste folliculaire séreux et on circonscrit le kyste du corps jaune par deux incisions au bistouri et on enlève jusqu'à sa base. L'ovaire est réduit à une espèce de coque à épaissement interne, représentant à peine 1/6 de son volume primitif. Cautérisation au thermo-cautère, double surjet. Trompe perméable, pavillon libre. A la partie terminale de la trompe existent deux kystes Wolffieus du volume d'un haricot. On les énuclée en conservant le péritoine. Cautérisation de la surface saignante et suture au catgut.

Salpingorrhaphie : par deux points de suture on réunit le pavillon de la trompe au moignon de l'ovaire.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort le 7 mars, guérie.

Suites éloignées. — Revue en juin 1898. Elle se porte très bien, elle ne souffre plus, elle peut travailler et se plaint seulement un peu de l'estomac. Ses règles sont revenues un mois après l'opération, sans douleur, sans souffrance aucune ; avant l'opération, elle souffrait beaucoup et avait des crises de nerfs. A partir de cette époque, les règles sont régulières, plutôt un peu plus abondantes qu'avant l'opération, mais moins longues (4 jours au lieu de 8 à 15 jours). Plus de pertes blanches. La malade est satisfaite de l'opération, elle n'a plus de crises de nerfs, son caractère s'est amélioré. Pas de bouffées de chaleur ni d'état neurasthéniforme. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Revue le 19 janvier 1899.

Depuis trois mois, elle tousse, elle a maigri considérablement et souffre un peu du côté droit. Son visage est très pâle.

A l'examen, on trouve les signes d'une tuberculose commençante laryngée et pulmonaire.

L'utérus est en antéversion légère, mobile, pas gros, le col est normal. La pression sur le col et l'utérus est douloureuse.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent la trompe un peu grosse, du volume du petit doigt, et adhérente à la face postérieure de l'utérus. L'ovaire gros comme une petite noix, mobile et douloureux.

En résumé, résultat satisfaisant ; le peu de métrite et d'annexité qui restent encore sont à négliger.

Observation 10

Due à l'obligeance de M. Pozzi

Métrite chronique. Salpingite et ovaires scléro-kystiques
Ablation à gauche. Ignipuncture à droite

B..., Mathilde, femme J..., âgée de 29 ans, entre dans le service de M. Pozzi, le 12 juin 1897.

Antécédents héréditaires — Nuls.

Antécédents personnels. — Règlée à 16 ans ; règles régulières, pas douloureuses, pas abondantes, durant 5 jours. Mariée à 21 ans. Accouchement normal, il y a six ans. Un an après, nouvelle grossesse qui a nécessité l'embryotomie. Infection, convalescence longue et difficile. A partir de cette époque, elle a commencé à souffrir. Douleurs dans le ventre et hémorrhagies presque continuelles, vomissements très fréquents. Les pertes l'avaient profondément affaiblie. Elle consulte un médecin qui lui fait un curetage. Les hémorrhagies s'améliorent pendant trois mois, mais elles se renouvellent et avec elles tous les autres symptômes, vomissement, douleur, affaiblissement, réapparaissent ; elle entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Diagnostic. — Métrite chronique, salpingite et ovaires scléro-kystiques avec varicocèle tubo-ovarien.

Opération le 12 juillet 1897.

Petite incision. On attire successivement les deux annexes. On constate qu'il existe de chaque côté et principalement à gauche du *varicocèle tubo-ovarien*. Les deux trompes sont perméables. Les ovaires sont malades des deux côtés, le gauche plus que le droit.

A gauche, il existe sur l'ovaire un kyste transparent, gros comme une noisette et plusieurs petits kystes pysi-

formes. La base de l'ovaire est sillonnée de grosses veines.
Ablation.

A droite, l'ovaire est plus scléreux et moins kystique, on fait toutefois huit points d'ignipuncture qui ouvrent les petits kystes transparents. Pas de résection.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort le 4 août guérie.

Revue le 16 janvier 1899.

Elle se porte très bien et, depuis l'opération, ne souffre plus. Les hémorrhagies ne se sont pas répétées. Les règles sont revenues un mois et demi après l'opération, régulières, pas douloureuses, normales comme quantité. Pas d'enfant ni de fausse couche. Pas de bouffées de chaleur ni de phénomènes nerveux.

En résumé, bon résultat.

Observation 11.

Due à l'obligeance de M. Pozzi.

Ovaires scléro-kystique. Kyste du corps jaune. Ablation à gauche. Resection des 3/4 de l'ovaire droit. Salpingorrhaphie. Cause blennorrhagique.

D..., Louise. femme B..., âgée de 28 ans, cuisinière, mariée, entre dans le service de M. Pozzi, le 10 février 1897.

Ant. Her. Nuls.

Ant. Pers. Depuis l'âge de 12 ans jusqu'à 16 ans, chlorose et douleurs dans le bas-ventre. Réglée à 16 ans régulièrement. Auparavant les règles étaient irrégulières (tous les 3 ou 6 mois) non douloureuses durant 3 à 8 jours plutôt abondantes.

Douleurs depuis 6 à 7 ans dans le bas-ventre des deux
Montana

côtés, mais surtout du côté gauche ; les douleurs se présentent surtout au moment des règles ; elles sont très vives, accompagnées de crises nerveuses et obligent la malade à s'aliter. Dernièrement, les douleurs étaient si fortes qu'elle a dû suspendre son travail et entrer à l'hôpital Cochin où elle subit son traitement médical pendant trois mois. Elle quitta l'hôpital améliorée mais elle recommença à souffrir. Dyspepsie et symptômes nerveux. Elle vient pour se faire opérer.

Laparotomie 25 mars 1897.

Oblation à gauche. Resection à droite.

En examinant les annexes on trouve :

Du côté droit. L'ovaire présente un gros kyste du corps jaune qui fait saillie sur le bord externe ; sa surface présente la même altération que l'ovaire gauche, mais moins avancée, *La trompe est libre et détachée* de l'ovaire. On enlève les $\frac{3}{4}$ de l'ovaire en y comprenant le kyste du corps jaune. On cautérise au thermo-cautère la surface saignante et on fait un surjet au catgut. On suture la trompe au moignon ovariën. *Salpingorrhaphie* Suture intrâ-dermique.

Suites opératoires. Elle est sortie le 17 avril sans souffrir.

Suites éloignées. Revue en mai 1898. Pendant les premiers mois elle n'a pas souffert ; mais après, les douleurs sont revenues, elles se présentent surtout au moment des règles, peu vives ou, en tout cas, bien moins vives qu'avant l'opération. La malade souffre du côté gauche (ablation), pas au côté droit (résection). Ses règles ont réapparu 6 semaines après l'opération, elles sont régulières et moins abondantes qu'avant durent 2 à 4 jours.

Revue en décembre 1898 et février 1899.

Depuis un an, elle ne souffre plus, elle est bien portante et très contente de l'opération ; elle peut travailler, marcher, se fatiguer sans souffrir. Règles régulières. Il y a deux mois elle a eu une blennorrhagie ; malgré cela, la

guérison persiste. Pas de bouffées de chaleur, pas de désordres nerveux. Caractère meilleur qu'avant. Pas d'enfant ni de fausses couche, Appétit-sexuel et plaisir tels avant l'opération.

En résumé : résultat satisfaisant et guérison définitive.

Observation 12

Due à l'obligeance de M. Pozzi.

Ovarite sclero-kystique double, gonococcique. Ablation gauche. Resection des trois quarts de l'ovaire et ignipuncture à droite.

S... Antoinette, 29 ans, célibataire, entrée le 22 octobre 1897 dans le service de M. Pozzi.

Antecedents héréditaires. — Nuls.

Antecedents personnels. — Réglée à 17 ans ; règles régulières, assez abondantes, douloureuses le premier jour, durant 4 à 5 jours. Pas de grossesse, ni de fausse couche.

La maladie actuelle a commencé depuis six ans, à la suite d'une blennorrhagie. Depuis cette époque, la malade souffre de douleurs dans l'abdomen, surtout du côté gauche (fosse iliaque). Les douleurs très vives augmentent au moment des règles et avec la marche. Elles s'irradient dans la jambe et dans le rein gauche. Règles irrégulières et douloureuses. Pertes rouges et jaunes ; miction douloureuse.

Depuis trois ans, les douleurs sont moins intenses ; mais la malade est obligée de s'arrêter constamment dans son travail.

Examen. — Utérus gros et peu mobile. Les annexes du côté gauche sont volumineuse ; l'ovaire en particulier est

gros et douloureux. A droite, les annexes sont douloureuses au toucher, mais les lésions paraissent insignifiantes. Le symptôme douleur prédomine ici ; malade très amaigrie, très souffrante et nerveuse.

Diagnostic. Ovarite kystique double, varicocèle tubo-ovarien.

Laparotomie le 2 novembre. Ablation du côté gauche, ignipuncture et résection du côté droit. Petite incision.

A gauche, trompe saine ; ovaire augmenté presque double de volume, farci de petits kystes séreux et sanguins. *Ablation.*

A droite, lésions similaires mais moins avancées. La base de l'ovaire paraît saine. Trompe perméable. Large résection cunéiforme enlevant les trois quarts du tissu ovarien. Quatre points d'ignipuncture sur la tranche saignante et trois points en dehors d'elle, sur la surface du moignon. Surjet du catgut à deux plans superposés et fixation du pavillon de la trompe étalé par deux petits de points de suture.

Suites opératoires. Bonnes. La malade quitte l'hôpital ne souffrant plus.

Suites éloignées. Revue le 29 mars 1898. Règles régulières très douloureuses durant 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches, pertes rouges abondantes et fréquentes depuis l'opération. (Avant l'opération elle avait des ménorrhagies). Pendant deux mois, elle n'a pas souffert du tout, mais après, elle a recommencé à souffrir dans le côté, la jambe et le rein gauches, comme avant l'opération. Pas de bouffées de chaleur ni de sueurs. Migraines très fréquentes, insomnie, amaigrissement notable depuis trois mois, lassitude. Digestion pénible. Miction cuisante, elle l'a toujours été.

Revue le 24 mars 1899. Elle revient à l'hôpital parce qu'elle continue à souffrir du côté gauche (ablation), mais beaucoup moins toutefois qu'avant l'opération. Ses règles

sont très douloureuses, dysménorrhée membraneuse. Pertes blanches et jaunes abondantes.

Malade très nerveuse, elle est plus irritable, plus triste qu'avant l'opération. Etat général bon.

Examen. Atrespsie du col et métrite. Annexité à droite. Chez cette malade il y a eu une nouvelle infection gonococcique qui a déterminé une uréthrite et une cystite consécutives, et une nouvelle poussée inflammatoire des annexes conservées. C'est surtout la cystite qui la fait souffrir. Les lavages au permanganate l'ont améliorée notablement.

En résumé : Résultat médiocre.

Observation 13

Due à l'obligeance de M. Pozzi (Inédite).

Ovarite double scléro-kystique avec des adhérences puerperales. Ablation gauche. Ignipuncture à droite.

L... Angèle, femme mariée, âgée de 33 ans, entrée le 5 octobre 1897.

Antecedents héréditaires. — Nuls.

Antecedents personnels. — Réglée à 12 ans : règles toujours irrégulières, abondantes, douloureuses jusqu'à son premier accouchement, non douloureuses depuis. Elle a eu deux grossesses, la dernière, il y a 8 ans ; et trois fausses couches, la dernière, il y a 2 ans. Elle souffre depuis 8 ans, après son deuxième accouchement, mais c'est depuis la dernière fausse couche qu'elle souffre davantage de douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations dans le rectum. Pas de blennorrhagie aiguë. Depuis cette époque les douleurs sont plus irrégulières, plus douloureuses et elles sont suivies de pertes jaunes abondantes.

Elle a aussi des désordres de la miction.

Elle a des alternatives de maladie et de bonne santé ; mais de puis 4 mois, tous ces symptômes ont augmenté d'intensité et sont maintenant accompagnés de troubles gastro-intestinaux et de désordres nerveux très intenses. Embonpoint marqué. Arthritisme. Traitement médical pendant 2 ans sans résultat.

Examen. — Par le toucher on ne sent pas les annexes gauches dans le cul de sac, mais les annexes droites sont légèrement hypertrophiées et prolabées dans le cul de sac. Légère déchirure du périnée, colpocèle antérieur. L'utérus est gros, mobile et douloureux. Col gros, granuleux, non ulcéré. Le symptôme douleur domine dans cette malade.

Diagnostic. — Métrite, surtout du col, et ovarite scléro-kystique double. Origine puerpérale.

Laparatomie le 18 octobre 1897.

Petite incision ; on va à la recherche des annexes : des deux côtés on trouve des adhérences filamenteuses péri-ovariennes. L'ovaire gauche presque tout entier est kystique ; on trouve un kyste folliculaire du volume d'une noisette qui se crève en attirant l'ovaire. Trompe saine. *Ablation.*

Du *côté droit* l'ovaire présente plusieurs petits kystes, la surface porte les traces des adhérences. Trompe saine avec l'hydatide de Morgagni hypertrophié. Cinq points d'ignipuncture, deux points de suture et un petit surjet. Ablation de l'hydatide de Morgagni.

Suites opératoires. — Très bonnes. Convalescence sans accident.

Suites éloignées. — Revue en mai et août 1898.

La malade ne souffre plus du côté des annexes. Règles un peu irrégulières mais non douloureuses. Leucorrhée abondante. La malade se plaint de sensations de brûlure dans le vagin et de pesanteur dans le rectum. A l'examen on trouve : les annexes en bon état ; le corps de l'utérus

gros, le col énormément hypertrophié et légèrement ulcéré. Les parois du vagin sont hypertrophiées et granuleuses.

En somme, il y a métrite et vaginité avec un peu de prolapsus utérin. Chez cette malade il serait indiqué l'amputation du col et la colporrhaphie.

Dernièrement la malade va mieux, elle souffre moins et elle est bien réglée.

Observation 14

Due à l'obligeance de M. Schwarz. (Inédite)

*Salpingo-ovarite gauche suppurée, blennorrhagique.
Ovaire scléro-kystique droit. Ablation à gauche.
Résection des 2/3 de l'ovaire droit.*

G. . Charlotte, femme de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, bien réglée.

Premier accouchement, il y a 4 ans et demi. A la suite de cet accouchement, elle a été soignée à Saint-Louis pour une métrite, où on lui a fait l'opération de Schröder.

Un an après cette opération, elle a eu des pertes verdâtres très épaisses, mais sans douleur à la miction, dit-elle.

Elle souffre surtout depuis huit jours.

Elle a eu des frissons, et des nausées sans vomissements accompagnées d'une sensibilité exagérée de la paroi abdominale et de ballonnement du ventre. Bref elle a eu les signes d'une pelvi-péritonite.

Examen. — Le col est déchiré et fortement repoussé à droite par une masse qui siège à gauche. Il est largement ouvert et constate une éversion de la muqueuse. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une masse volumi-

neuse et très douloureuse. À droite, le toucher est également douloureux, mais on ne perçoit pas les annexes. Pour compléter, on fait l'examen sous le chloroforme : on trouve l'utérus gros et mobile. Du côté gauche, une grosse salpingo ovarite, on remarque là une grosse poche dure.

Les annexes du côté droit paraissent être saines.

Diagnostic : Endométrite avec salpingite gauche suppurée.

Opération le 16 juin 1897.

À l'ouverture du ventre on trouve de nombreuses adhérences de la trompe et de l'ovaire gauche. On les détache et on fait l'extirpation totale des annexes avec le thermo-cautère.

L'ovaire du côté droit est scléro-kystique. On en résèque une grande partie et on suture le reste (à peu près un tiers), qu'on conserve.

Suture de Pozzi pour la fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. Très bonnes.

Le 27 juin, on enlève les fils. Cicatrisation parfaite.

Elle sort guérie le 9 juillet.

Revue guérie en juin 1898, un an après l'opération. Pas de bouffées de chaleur ni de troubles post-opératoires.

Observation 15

Due à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

Rétroflexion. Annexite double. Puerpérale. Hystéropexie. Ignipuncture à gauche. Ablation des annexes droits.

Veuve C..., 30 ans, couturière, entrée dans le service de M. Schwartz, le 23 avril 1897.

Ant. Hér. Nuls.

Ant. Pers. Régée à 14 ans; règles irrégulières; elles étaient douloureuses et duraient 8 jours. Elle a eu un enfant il y a 4 ans; accouchement difficile et long, suites des couches fébriles. La maladie a commencé il y a 4 ans pendant ses couches. Depuis cette époque, elle souffre beaucoup dans le ventre, les reins et dans le rectum. Elle a une sensation de fatigue, de pesanteur dans le bas-ventre et elle sent l'utérus se déplacer et tomber, dit-elle, quand elle marche.

Examen. A l'examen on trouve l'utérus très mobile dans toutes les directions; on sent une bride à la paroi postérieure du vagin. Annexes des deux côtés: sensibles et douloureux.

Diagnostic. — Rétroflexion utérine; annexite double. Cause puerpérale.

Laparatomie le 6 mai 1897.

On trouve, à gauche, un *pavillon supplémentaire* et de la péri-ovarite. Comme la lésion de l'ovaire n'est pas très étendue, on applique deux points d'ignipuncture et on laisse les choses en place. A *droite*, on trouve le pavillon de la trompe oblitéré et fortement adhérent au ligament large. Comme les lésions sont très étendues de ce côté-ci, on fait l'*ablation totale*. On finit l'opération en fixant l'utérus par trois fils à la paroi abdominale (hystéropexie).

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 29 mai.

Suites éloignées. — Revue le 7 décembre 1897. Santé parfaite, ses règles sont revenues un mois après l'opération, elles ont été douloureuses, elle a eu une véritable métrorrhagie. Les deux mois suivants elles ont été encore douloureuses et abondantes; mais depuis elles sont régulières. Elle a eu un peu de dilatation stomacale.

Revue de nouveau en juin 1898. Excellent état. Règles normales beaucoup moins abondantes qu'avant l'opération.

Elles durent 3 jours, tandis qu'avant elles duraient 8 jours. Elle ne souffre plus. Pas de grossesse. Utérus en bonne situation.

Revue le 23 avril 1899. Elle a eu l'influenza et, à la suite, une pleurésie gauche. Elle souffre un peu du côté gauche ; mais du reste elle ne souffre plus du ventre.

En résumé : bon résultat.

Observation 16

Due à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

1^{re} Opération. Kyste de l'ovaire droit. Ablation à droite, ignipuncture à gauche. Cause puerpérale. 2^{me} Laparotomie. Annexes gauches polykystiques. Ablation.

D... Lucie, âgée de 22 ans, employée de commerce. Entrée dans le service de M. Schwartz, le 3 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 14 ans.

En général bien réglée. Elle a eu un enfant il y a deux ans ; depuis cette époque elle souffre continuellement dans le ventre, mais c'est depuis 4 mois que les douleurs ont augmenté considérablement au point de l'empêcher de rester debout et de se livrer à tout travail.

Examen. — On sent une tumeur remplissant tout le cul-de-sac antérieur de l'utérus. Cavité utérine 14 centimètres. Le 15 mai, M. Schwartz se décide à intervenir. Il fait la laparotomie. Il trouve l'utérus *gros, flasque*. L'hystéromètre est senti presque directement à travers la paroi postérieure de l'utérus, tandis que dans la paroi antérieure il semble qu'il se soit développé un kyste fluctuant dans le tissu même de l'utérus.

Les vaisseaux ne sont pas dilatés.

Comme il soupçonne une grossesse il fait une ponction exploratrice et il extrait un liquide séreux ressemblant à l'amnios. Le cas étant douteux, la plaie est refermée et la malade est mise en observation.

L'évolution confirme le diagnostic de grossesse. Elle sort le 5 juin.

En juillet 1897 elle fait une fausse couche de 4 mois.

Revient dans le service, le 27 août 1894.

Souffre considérablement dans les régions pubienne et inguinales. M. Reiffel fait la laparotomie. Il trouve les annexes droites très polykystiques et les enlève.

Sur les annexes gauches moins malades il fait l'ignipuncture.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie.

Suites éloignées. — La malade revient en février 1898, parce qu'elle souffre du côté gauche depuis trois mois, les douleurs sont intenses et l'empêchent de travailler.

A l'examen, on sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur volumineuse. On conseille le repos et injections vaginales chaudes ; mais, comme les douleurs persistent, on fait le 23 février 1898 une nouvelle laparotomie. On trouve du côté gauche un ovaire volumineux, polykystique, contenant un hématome provenant probablement des dernières règles. Il y a de la péri-ovarite avec de légères adhérences.

On fait l'ablation sans difficulté. Suture à trois plans.

Suites. — La malade sort guérie le 16 mars 1898. En résumé échec complet de l'opération conservatrice.

Observation 17

Due à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

Salpingo-ovarite double scléro-kystique. Métrite hémorragique. Première opération : Ablation à droite, conservation à gauche. Deuxième opération : Ablation des annexes gauches

R. . ., Joséphine, âgée de 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de 14 ans.

Elle a été bien-portante jusqu'à il y a deux ans ; à cette époque elle a commencé à avoir des métrorrhagies, d'abord peu abondantes, mais qui ont augmenté progressivement. C'est seulement à cause de ces hémorrhagies qu'elle vient à l'hôpital, car en dehors de cela elle ne souffre pas.

Examen. — Métrite hémorragique avec gros col fongueux et déchiré à gauche, l'ovaire droit est gros et rolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération le 6 juillet. — A l'ouverture du ventre, on trouve l'ovaire droit très polykystique et très malade ; on l'enlève. Annexes gauches presque saines, on les conserve.

Suites opératoires. — Normales.

Suites éloignées. — Quelques jours après l'opération, les pertes recommencèrent au moment de la menstruation. L'hémorrhagie était accompagnée de douleurs très vives du côté gauche du bas-ventre. On lui conseille le repos absolu et des injections vaginales chaudes ; mais, comme malgré ce traitement, il n'y a aucune amélioration, M. le Dr Reiffel, chargé du service, fait une deuxième laparotomie.

Il trouve l'ovaire gauche, que l'on avait conservé, volumineux et polykystique. On l'enlève. L'opération n'a présenté aucune difficulté. A la suite de cette opération, la

malade présente quelques pertes qui s'arrêtent complètement au bout de 2 ou 3 jours. Plus de règles.

Revue en novembre 1897, la malade est bien portante.

Observation 18

Due à l'obligeance de M. Schwartz. (Inédite)

Salpingo-ovarite droite kystique. Métrite parenchymateuse. Ablation à droite, conservation à gauche. Hystérectomie secondaire.

G... Marie-Louise, âgée de 27 ans, infirmière.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles irrégulières et peu abondantes, non douloureuses. Mariée à 19 ans.

Elle a eu trois enfants et une fausse-couche. Elle souffre dans le bas-ventre depuis le premier accouchement ; mais c'est depuis la fausse-couche qu'elle se trouve plus souffrante.

Examen. — On trouve une salpingo-ovarite à droite. Les annexes gauches sont aussi douloureuses.

L'utérus est gros, mobile et placé en ante-flexion (0,12 centimètres). Capacité utérine (0,08 centimètres).

Le 13 mars 1897, M. Schwartz fait la *laparotomie*.

Il trouve l'ovaire droit kystique : un des kystes contient un liquide noirâtre. La trompe est oblitérée et contient aussi un grand nombre de kystes. Il fait l'ablation au thermocautère de l'ovaire et de la trompe. Les annexes gauches sont apparemment saines ; on les conserve.

Suites opératoires. Bonnes. La malade est sortie guérie le 11 avril 1897.

Suites éloignées. Revue le 7 octobre 1897. Pendant deux mois, elle ne souffre pas ; au bout de ce temps, elle reprend son service à l'hôpital et elle recommence à souffrir du côté gauche. Les douleurs étaient vives, revenant par crises et ne cédant qu'aux injections de morphine.

C'est surtout au moment des règles qu'elle souffre le plus. Les règles ne durent qu'un jour et sont très peu abondantes.

Comme la malade continue à souffrir, on fait l'*hystérectomie vaginale* le 6 novembre 1897.

On trouve les annexes gauches très grosses, scléro-kystiques. La malade sort guérie le 17 décembre. Elle ne souffre plus ; mais, au moment où elle devait avoir ses règles, elle a des étourdissements et des phénomènes nerveux intenses. Elle a aussi des bouffées de chaleur fréquentes.

Observation 19

Due à l'obligeance de M. Delbet. (Inédite)

Salpingite gauche, blennorrhagie. Kyste dermoïde gauche. Ovaire scléro-kystique à droite. Ovariectomie à gauche. Ignipuncture à droite.

C..., femme de 30 ans, ménagère, mariée.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 19 ans.

Pas d'enfant. Règlée à 17 ans, toujours régulièrement avant la maladie ; durée deux à trois jours, abondance moyenne. *Perles blanches* depuis 5 ans.

La maladie a commencé il y a 3 ans. A cette époque, elle a eu des pertes jaunes, très abondantes, très épaisses avec douleurs dans la fosse iliaque gauche. Depuis un an 1/2 elle souffre continuellement dans le flanc gauche avec ses

irradiations douloureuses dans le rectum et le rein gauche.

Cette douleur très vive survient au moindre mouvement et à fini par empêcher tout travail. Pas d'appétit. Digestion difficile. Névralgie intercostales. Miction anormale.

Diagnostic. — Salpingite et ovaire scléro-kystique blennorrhagique.

Laparatomie le 1^{er} juin 1896.

Côté gauche. — Il y a dans le cul-de-sac postérieur une masse irrégulière, grosse comme le poing qui ne présente que quelques adhérences filamenteuses. Pas de pédicule. M. Delbet la décortique facilement et l'enlève en un seul bloc sans la déchirer. Elle contient une masse blanche grisâtre avec quelques points jaunâtres par place.

Après avoir enlevé cette masse, il va à la recherche de la trompe qui est très adhérente à la fosse iliaque ; il la dégage et l'enlève, après avoir mis deux fils de ligature. On ne trouve pas l'ovaire. Hémostase de la surface cruentée avec un surget au catgut.

Côté droit. — La trompe présente quelques adhérences filamenteuses. L'ovaire est extraordinairement irrégulier et scléro-kystique. M. Delbet se contente de faire l'ignipuncture sur deux petits kystes sans en enlever de ce côté. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires bonnes. Quinze jours après, la malade a eu une phlébite sur la jambe gauche.

Suites éloignées. Revue le 5 novembre 1896, six mois après l'opération.

La malade ne souffre pas du tout du ventre. Règles régulières. Elle a quelques légères douleurs pendant 2 ou 3 heures le premier jour des règles. La jambe gauche où elle a eu la phlébite est encore un peu enflée et douloureuse.

Revue le 9 mars 1897. Santé parfaite. La malade est très contente de l'opération : avant elle souffrait beaucoup dans le côté gauche et le rectum et ne pouvait travailler. A

présent elle travaille sans être gênée. Quelquefois elle sent de légères douleurs du côté gauche.

Les règles sont revenues un mois après l'opération. Elles sont régulières, pas douloureuses et normales comme quantité et durée. Quelques pertes blanches. Douleurs légères dans la jambe gauche où il y a des veines variqueuses.

Cicatrice parfaite, souple, une chéloïde non douloureuse. Pas de bouffées de chaleur ni de crises de nerfs. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Observation 20

Due à l'obligeance de M. Delbet (Inédite)

Salpingo-ovarite. Adhérences. Ablation des annexes droites. Conservation à gauche. Libération des adhérences.

H... Louise, célibataire, 20 ans.

Ant. Hér. Rien d'important.

Ant. Pers. Toujours faible. Très nerveuse. Réglée à dix ans et demi, toujours régulièrement; durée 4 à 5 jours; règles abondantes et un peu douloureuses. Malade depuis trois ans à peu près.

Elle souffrait dans le bas-ventre; la douleur commençait dans la région pubienne, irradiant dans la région inguinale gauche, dans le rein et la cuisse du même côté; elle était vive, augmentait avec la marche la station debout et l'empêchait même d'être assise, mais elle se calmait par le repos au lit.

La malade vient à l'hôpital parce qu'elle souffre beaucoup.

Laparotomie le 27 avril 1896. À l'ouverture du ventre

M. Delbet est surpris de trouver dans le petit bassin une quantité assez considérable de liquide rougeâtre, limpide.

A droite. Les annexes présentent quelques adhérences faciles à libérer. La trompe est oblitérée par les adhérences et légèrement distendue. L'ovaire, volumineux, contient deux petits kystes hématiques, dont l'un a la grosseur d'une petite noix. *Ablation.* Hémostase à l'aide d'un surjet de la surface cruentée, cautérisation. *A gauche,* les annexes présentent quelques adhérences filamenteuses, La trompe est perméable. *On libère les adhérences en conservant les annexes.*

Utérus petit. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. Normales. La malade quitte l'hôpital en septembre. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. Revue le 18 février 1898. La malade se porte bien et est satisfaite de l'opération. Les douleurs avaient disparu complètement et elle ne souffrait plus du tout ; mais depuis trois mois, à causes de grandes fatigues, elle a recommencé à souffrir un peu du côté gauche, mais beaucoup moins qu'avant l'opération. Plus de règles depuis l'opération. Au moment où elle devait se présenter elle a des *bouffées de chaleur*, des sueurs, des crises de nerfs et des malaises. En dehors de cela, elle se porte bien. Quelques pertes blanches. Elle a maigri un peu. Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Examen. Cicatrice solide et parfaite. Utérus en légère rétroversion, dévié à gauche, peu mobile, collé en arrière, un peu gros et sensible à la palpation et au toucher.

Cul-de-sac droit souple ; du côté gauche on trouve les annexes un peu grosses et douloureuses.

Observation 21

Due à l'obligeance de M. Delbet (Inédite)

Salpingite et ovarite scléro-kystique. Ignipuncture à gauche. Ablation à droite. Hystéropexie

Louise G..., 24 ans, domestique, pas mariée. Entre au service le 18 juillet 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Antécédents utérins. — Deux enfants ; accouchements normaux.

Règles régulières, normales avant la maladie. La malade souffre depuis 7 mois, deux mois après son dernier accouchement.

Douleurs dans le ventre, surtout à droite, avec irradiations dans les reins ; douleurs vives qui augmentent au moment des règles, avec la marche, et se calment par le repos. Règles irrégulières, douloureuses, très abondantes pendant 8 jours. Pertes blanches pas très abondantes.

Diagnostic. — Salpingite double. La trompe droite est prolabée dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie le 6 août 1898.

A gauche. Ovaire à sa place, mais kystique. On fait l'ignipuncture.

A droite. Ovaire prolabé dans le cul-de-sac postérieur. Il est de la grosseur d'un abricot et rempli par un kyste hématique et plusieurs petits kystes séreux. Après ligature, on fait l'ablation des annexes de ce côté.

Hystéropexie. — Sutures de la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites opératoires. — Bonnes. Les deux premiers

jours, la température monte à 38°. Après, température normale. La malade quitte l'hôpital le 7 septembre. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — Revue le 19 mars 1899. Les règles sont survenues un mois après l'opération, sans souffrance. Règles régulières, non douloureuses pendant 3 jours ; normales comme quantité. La malade fait son métier comme avant d'être malade. Pas de pertes blanches.

Etat général excellent. Pas de bouffées de chaleur, ni de crises de nerfs. Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Examen. — Utérus bien fixé, un peu fin. Culs-de-sac souples. La malade accuse quelques tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice, qui est irrégulière, kéloïdienne, adhérente, déprimée et rétractée.

Observation 22

Due à l'obligeance de M. Delbet (Inédite)

Ovaire kystique. Ablation du côté droit, conservation à gauche chez une femme enceinte

L... Madeleine, 21 ans, fleuriste, célibataire.

Malade très jeune qui a des crises hystériques fréquentes et qui souffre beaucoup du côté droit depuis quelques temps.

Opérée le 26 juillet 1896. A l'ouverture du ventre on se trouve en présence d'un globe utérin plus gros que le poing et avec toutes les apparences d'un utérus gravide. Rien, dans l'examen de la malade, cependant ne permettait de soupçonner une grossesse. *A gauche*, les annexes sont saines. *A droite*, trompe rouge, congestionnée. Ovaire kystique et contenant un kyste gros comme une petite noix. *Ablation* des annexes. Suture totale de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort n'ayant plus de douleurs.

Suites éloignées. — Revue le 10 avril 1897. Elle est accouchée le 16 février 1897 d'un enfant hydrocéphale. Elle se plaint de souffrir du côté droit (côté opéré) plus que du côté gauche (conservé). Pas de retour de couches. Pertes blanches abondantes.

Cette observation démontre que les opérations sur les annexes n'entravent en rien la marche de la grossesse.

Nous avons eu des nouvelles de la malade le 17 mars 1899. Bien portante. Elle a ses règles régulièrement. Quelques jours avant le début des règles, elle souffre et a des crises de nerfs, quelquefois de véritables crises hystériques. Les crises sont beaucoup moins fréquentes et fortes qu'avant l'opération et en général ne se présentent qu'à l'occasion d'une contrariété ou d'une émotion. Caractère toujours bizarre, mais elle est un peu moins emportée et moins impressionnable qu'avant l'opération.

Pas d'enfant ni de fausse couche.

En résumé : résultat médiocre.

Observation 23

Due à l'obligeance de M. Delbet (Inédite)

Salpingite gauche supprimée (puerpérale). Ovaire droit scléro-kystique. Hystérie. Ablation à gauche. Ignipuncture à droite. Hystéropexie.

Ch... Anna, 25 ans, mariée, garde-malade, entre le 27 juin 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Plusieurs bronchites. Anémie.

Antécédents utérins. — Pas d'enfant. Pas de fausse couche.

Règles. — Règlée à 14 ans. Règles irrégulières, peu abondantes, durant deux ou trois jours, douloureuses, surtout au début.

Pertes blanches abondantes et quelquefois jaunes, irritantes et fétides.

Début de la maladie il y a 3 ans, après son mariage. Elle a eu un retard de règles de 10 jours, ce retard a été accompagné de crises de nerfs (crises hystériques), et de douleurs dans le bas-ventre des deux côtés, avec irradiations dans les reins et les cuisses. Après, elle a eu une métrorrhagie pendant 15 jours. L'hémorrhagie s'est arrêtée mais elle a continué à perdre en jaune et en vert avec mic-tions douloureuses et fréquentes.

Elle souffre depuis cette époque. Les douleurs sont violentes et donnent lieu à des crises de nerfs. Les règles sont irrégulières, très abondantes, très douloureuses et durent quelquefois 15 jours.

Système nerveux. — Crises de nerfs, hystériques depuis son mariage, elles sont fréquentes, quelques fois 2 par jour.

Appareil digestif. — Phénomènes dyspeptiques, gastralgie, alternatives de constipation et de diarrhée. Amaigrissement notable.

Diagnos'tic. — Salpingite gauche suppurée, ovaire droit scléro-kystique.

On fait d'abord un curettage, mais comme le résultat est nul on fait la *laparotomie* le 29 juillet.

Incision de 10 centimètres.

A droite, la trompe est adhérente au péritoine, au niveau de son pavillon. L'ovaire présente 5 à 6 petits kystes du volume d'une petite noix. On détruit les adhérences de la trompe et on fait l'*ignipuncture* sur l'ovaire.

A gauche, la trompe est très volumineuse et adhérente

à l'ovaire, elle contient du pus jaunâtre. On en fait l'ablation, avec le thermocautère après ligature.

Hysteropexie avec un point au catgut. Suture de la paroi au fil d'argent.

Suites opératoires, très bonnes, guérison sans accident. Les crises de nerf et les douleurs sont disparues depuis l'opération. La malade sort le 20 août, ne souffrant plus.

Suites éloignées. — Elle a eu ses règles, un mois après l'opération, sans souffrances et sans crises. Pendant deux mois, elle allait très bien, mais après, elle a recommencé à souffrir.

Les règles sont régulières et douloureuses, mais moins qu'avant l'opération. Les douleurs n'ont pas de localisation fixe, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt sur l'hypogastre, la jambe, le rein.

Etat général, bon.

Pertes blanches, moins abondantes qu'avant l'opération.

Examen. — Utérus gros, en ante flexion, douloureux. Les annexes droites paraissent grosses.

En résumé, résultat médiocre.

Observation 24

Due à l'obligeance de M. Tuffier (Inédite)

*Annexite bilatérale gonococcique. Ablation à droite.
Conservation et salpingorraphie à gauche*

Madame P. C...

Ant. utérins. Réglée régulièrement et sans douleur jusqu'à l'époque de son mariage. Mariée depuis 3 ans. Pas de grossesse.

Quelques semaines après son mariage, elle a commencé à souffrir dans la cavité pelvienne.

Les douleurs bilatérales et assez vives, étaient au début intermittentes, mais depuis cinq mois elles ont augmenté considérablement et la malade est obligée de garder le lit, parce que le moindre mouvement la fait souffrir.

Cause de la maladie. Infection blennorrhagique qui lui a été communiquée par son mari.

Examen. Col de nullipare, sain, corps utérin immobilisé.

Culs-de-sacs latéraux, remplis par une masse volumineuse et douloureuse. A droite la masse a le volume d'un poing, à gauche celui d'une mandarine.

Diagnostic. Annexite bilatérale gonococcique.

Etant donnée l'ancienneté des lésions et leur étendue, M. Tuffier lui conseilla l'opération ; mais devant la répugnance manifeste de la malade de se faire enlever les annexes ; il se contenta de la soumettre à un traitement médical ; injections vaginales chaudes, bains salins repos.

Malgré ce traitement suivi pendant longtemps elle n'eut aucune amélioration. La malade consentit alors à se faire opérer ; mais sous la promesse qu'on lui conserverait l'ovaire d'un côté, *même si elle ne devait pas guérir complètement et si toutefois cette conservation ne constituait un danger pour sa vie.*

M. Tuffier fit la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen il trouva :

A droite. Annexes adhérentes. Trompe du volume du pouce, moniliforme, dure. Les lésions sont telles qu'on ne peut pas penser à la conservation, donc *ablation*.

A gauche. Adhérences fortes de la trompe et de l'ovaire à la face postérieure de l'utérus et à l'épiploon.

M. Tuffier fait la libération progressive des adhérences et, après un travail pénible de dissection et de décollement

de l'épiploon, il arrive à isoler la trompe, qui est du volume du petit doigt allongée et tortueuse.

Il décolle alors les franges du pavillon et fait le cathétérisme de la trompe qui démontre sa perméabilité.

L'ovaire est entouré des fausses membranes. On l'énuclée puis M. Tuffier, par un point de suture, fixe à lui la frange la plus saillante du pavillon (salpingorrhaphie).

On essore alors soigneusement le cul-de-sac et après avoir placé une mèche de gaze aseptique on renferme l'abdomen.

Suites opératoires. -- Bonnes.

La plaie abdominale guérit sans accident ; le quinzième jour M. Tuffier lui fait un curetage.

Suites éloignées. — Pendant les trois premiers mois la malade souffre encore du côté gauche ; pendant les 8 mois suivants elle va très bien, elle ne souffre plus, ses règles sont régulières, non douloureuses, et elle reprend sa vie ordinaire.

Mais à cette époque son mari contracte une nouvelle blennorrhagie, elle-même est infectée de nouveau et une nouvelle poussée d'annexite se présente du côté gauche qui cède cette fois-ci au traitement médical et au repos.

Aujourd'hui la malade va très bien. Pas d'enfant.

Guérison parfaite.

Observation 25

Due à l'obligeance de M. Tuffier (Inédite).

Grosse salpingo ovarite droite. Ovarite scléro-kystique à gauche. Adhèrences. Ablation à droite. Rupture des adhésions à gauche. Cause puerpérale.

L... Julia, 34 ans, employée de commerce.

Antécédents héréditaires. — La mère souffre d'une déviation utérine.

Antecedents personnels. — Scrofule et rougeole dans son enfance. Rhumatisme noueux et dyspepsie il y a quelques années.

Antecedents uterins. — Réglée à 13 ans régulièrement. Fausse couche il y a 4 ans.

Souffre depuis sa fausse couche de douleurs dans l'abdomen. Ses douleurs au début étaient peu intenses, se calmaient par le repos et augmentaient par la station debout et la marche. Elles irradiaient dans tout l'abdomen ; depuis quelques temps, elles sont plus vives. Aujourd'hui elle se plaint surtout de pesanteur dans le bas-ventre.

Examen. — Utérus pas très gros, mobile, col normal. Les culs-de-sac latéraux sont libres dans leur partie antérieure ; en arrière et à droite on sent une masse du volume du pouce, douloureuse à la pression.

Etat général. — Satisfaisant.

Système nerveux. — Femme névropathique.

Opération 3 février 1897.

L'utérus est très adhérent en arrière ; les annexes de deux côtés adhérentes au cul-de-sac de Douglas.

On commence par libérer les *annexes droites* ; elles sont deux fois plus volumineuses que d'ordinaire.

Ablation. — On libère ensuite les *annexes gauches*. L'ovaire est hypertrophié mais la trompe est saine. On se contente de toucher les adhérences au sublimé et on les laisse.

Pièce anatomique. — Petit fibrome de la grosseur d'un pois au niveau du pavillon. Trompe rouge, moniliforme.

Suites opératoires. — Rien de particulier le 3, 4, 5 et 6. La malade va bien et ne souffre plus. Le 5 la température monte à 39°. Le 7 température 37°. Après le déjeuner elle est prise d'une syncope et de phénomènes de collapsus assez graves pour qu'il soit nécessaire de lui faire une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 500 gr. et une

autre veineuse de 500 gr. et plusieurs injections de caféine. Grâce à cela la syncope se dissipe.

Les jours suivants la malade va bien. Le 10 on enlève le pansement.

Dans la partie inférieure de l'incision il y a une petite étendue qui n'est pas fermée. La malade se plaint de souffrir dans le côté droit mais comme c'est une névropathe elle exagère ses sensations.

Suites éloignées. — L'opération a produit une amélioration considérable presque la guérison complète. Pendant dix-huit mois, elle a été bien portante, elle avait engraisié, les douleurs avaient disparues elle souffrait quelquefois dans le ventre, le rein et l'anus, mais seulement à l'occasion d'une grande fatigue.

Les règles étaient régulières peu abondantes non douloureuses, elle avait toujours un peu de pertes blanches.

Elle se maria sept mois après l'opération, elle n'eut pas d'enfants. Elle était très calme et avait un caractère excellent, nous dit son mari.

Elle est morte le 16 Décembre 1898, 22 mois après l'opération. D'après les renseignements que son mari nous a communiqués, elle est morte d'un cancer de l'estomac. Il ajoute qu'il y avait aussi une tumeur du bassin, sur la nature de laquelle il ne peut pas se prononcer. S'agissait-il d'une propagation aux annexes ou à l'utérus du cancer de l'estomac? C'est probable, mais nous ne pouvons pas l'affirmer n'ayant pas les renseignements nécessaires. Ce qu'on peut dire, c'est que sûrement il ne s'agissait pas d'une récédive de la première lésion.

Observation 26

Due à l'obligeance de M. Clado (Inédite)

Pyo-salpinx bilatérale, blennorrhagique. Ablation des annexes gauches. Salpingo-ovaro-syndèse à droite. Guérison.

M^{me} H..., B..., âgée de 38 ans, femme de ménage.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose.

Antécédents personnels. — Signes de scrofule (tuberculose?) On trouve au cou et sous l'angle du maxillaire inférieur plusieurs cicatrices caractéristiques.

Elle a eu un enfant à 22 ans.

Depuis 3 ans, elle a des douleurs dans le bas-ventre, localisées surtout du côté gauche.

Examen. — Col légèrement hypertrophié, déchiré à gauche. Présente quelques petits kystes à sa surface. L'orifice est entr'ouvert et la muqueuse est en léger ectropion. Utérus en position normale, mobile, un peu gros, douloureux à la mobilisation.

Annexes gauches. — Dans le cul-de-sac gauche, on trouve un empatement notable, le toucher est douloureux. La trompe est accolée au bord de l'utérus. On sent un noyau de salpingo-ovarite du volume d'une noix, formé par la trompe et l'ovaire confondus.

Annexes droites. — Cul-de-sac souple. Trompe du volume du petit doigt, dure; l'ovaire est augmenté de volume et douloureux.

Constipation. Anémie et amaigrissement notables.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double, probablement de cause puerpérale. Métrite cervicale.

Traitement. — On la soumet pendant plusieurs jours au traitement médical et au repos ; mais comme il n'y a aucune amélioration, on intervient chirurgicalement, le 15 septembre 1897.

Laparotomie.

Annexes gauches. — On les trouve adhérentes à la face postérieure du ligament large. La trompe dilatée, à parois épaisses, présente plusieurs poches, quelques unes à contenu purulent, d'autres à contenu hématique.

Ovaire scléro-kystique, avec deux petites cavités remplies de pus. *On fait l'ablation.*

Annexes droites.

L'ovaire présente quelques petits kystes, saillants, bleuâtres. Il adhère légèrement à la paroi pelvienne.

La trompe est adhérente en partie à l'ovaire et en partie à la face postérieure du ligament large.

Les franges du pavillon sont agglutinées, l'orifice fermé. Cette partie adhérente dans la moitié de sa circonférence à l'ovaire forme une espèce de tumeur dilatée. La portion interne (utérine) de la trompe est rouge, violacée, mais souple et perméable.

On fait l'ignipuncture sur l'ovaire. On fait la résection de la partie ampulaire de la trompe (très malade).

On fait une incision longitudinale de la portion restante sur le bord inférieur d'environ 4 centimètres cubes. On fait le cathétérisme à l'aide d'une bougie que l'on pousse jusqu'à l'utérus.

On nettoie à l'aide d'une solution phéniquée à 1/50, on suture les bords au moyen d'un surjet au catgut et on fixe l'extrémité à l'ovaire par quelques points de suture.

Suture de la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites opératoires. — Simples. Guérison en 25 jours

Suites éloignées.

Revue neuf mois après l'opération. La malade se porte très bien. Règles régulières, non douloureuses. A l'examen,

on trouve l'ovaire droit un peu gros mais mobile et non douloureux.

Cette observation est un bel exemple de ce qu'on peut obtenir avec la salpingo-ovaro-syndèse.

Observation 27

Due à l'obligeance de M. Clado (In Thèse Ayroles)

Salpingo-ovarite bilatéral, puerpérale

Ablation à droite. Salpingo-ovaro. Syndèse à gauche.

M... Rose, femme B..., 27 ans. Entrée dans le service, le 7 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de chorée.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Règles douloureuses, irrégulières. Abondantes pendant les premières années.

Par les ferrugineux cet état s'améliore.

Antécédents utérins. — Mariée il y a 6 ans. La malade a eu 3 enfants.

Elle souffre depuis son 2^{me} accouchement, au début d'une manière intermittente, mais à partir de son 3^{me}, les douleurs sont devenues continues, avec exacerbations au moment des règles.

La douleur est localisée du côté gauche avec irradiations dans les reins du même côté. Les règles sont très abondantes, avancent toujours et durent 5 à 6 jours. Pertes jaunes abondantes. Au mois d'octobre, dix jours avant les règles elle a eu une hémorrhagie qui a duré 10 jours.

Examen. — Utérus petit, mobile, col déchiré transversalement.

Annexes droites. — Ovaire à sa place, trompe sensible.

Gauches. — Ovaire à sa place, trompe haut placée, attachée en haut de la ceinture pelvienne, volumineuse.

Diagnostic. — Salpingite suppurée. Infection pendant la grossesse.

Opérée le 10 novembre 1898.

Incision de 10 centimètres.

A droite. — On trouve une grosse trompe et un gros ovaire, haut placé. Un gros caillot recouvre l'ovaire. Incision du ligament large ; on fait l'énucléation des annexes, (méthode de M. Duplay), on fait la ligature et on les *enlève* avec le thermo-cautère. Surjet au catgut pour reconstituer le ligament large.

A gauche. — Trompe hypertrophiée dans son extrémité externe ; on enlève cette extrémité et on fait le cathétérisme de la portion restante. Puis M. Clado, fait la *salpingo-ovaro-syndèse*, c'est-à-dire incision du conduit de la trompe de manière à pouvoir l'évaser et en faire un pavillon avec lequel on coiffe l'ovaire, préalablement débarrassé de 2 petits kystes avec le thermo-cautère.

Suture, procédé de M. Clado ; 2 plans sans fils perdus.

Suites opératoires. — Sortie pour aller au Vésinet. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — Revue le 8 février 1899. Bon état général. La malade a continué à être bien portante et à ne plus souffrir ; mais depuis 5 jours elle a commencé à souffrir du côté droit (ablation) surtout quand elle marche.

Observation 28

Due à l'obligeance de M. Clado (Inédite)

Salpingite bilatérale blennorahagique. Ablation à droite.

Salpingo-ovaro-syndèse à gauche

Marie E... 17 ans, souffre depuis six mois dans le

ventre. Les douleurs très vives l'empêchent de travailler et l'obligent à garder fréquemment le lit.

Opération le 26 juin 1898.

A droite : On trouve la trompe adhérente, flexueuse, ayant dans ses parois des masses jaunâtres, semblables à des tubercules caséifiés. Ablation.

A gauche : La partie externe de la trompe (pavillon) est volumineuse et kystique, on résèque cette partie, et le reste qui est perméable on l'incise longitudinalement pour le dilater, on le suture de nouveau et on la fixe à l'ovaire avec du catgut.

Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse granulo-tuberculeuse, qu'on extirpe avec le thermo-cautère. Sutureau fil d'argent.

Suites opératoires. Convalescence sans accident, la malade sort le 27 juillet. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. En février de 1899 on a des nouvelles de la malade : elle a eu encore des douleurs les deux premiers mois ; mais après elle se porte très bien et ne souffre plus. Elle a repris son métier (artiste de théâtre), et voyage continuellement engagée dans une troupe, sans souffrir. Donc résultat satisfaisant.



CONSERVATION BILATÉRALE

Observation 1

Due à l'obligeance de M. Richelot. (Inédite)

*Salpingo-ovarite puerpérale. Lymphangite pelvienne.
Libération des adhérences. Ignipuncture bilatérale,
grossesse.*

P... Irma, 45 ans, employée de commerce.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans ; règles régulières, abondantes et douloureuses. Pertes blanches dans les intervalles. Syphilis il y a 3 ans.

Depuis 3 ans, elle souffre de douleurs abdominales pas très vives qui se calment par le repos et augmentent avec la marche. Elle a fait deux fausses couches, une de 5 mois et une autre de 2. A la suite de la dernière, elle eût des hémorragies abondantes pendant deux mois et les douleurs devinrent plus vives.

A partir de janvier 1898, les douleurs continuèrent très vives, presque intolérables, localisées au bas-ventre et aux deux fosses iliaques, mais plus intenses du côté gauche.

Elle dut garder le lit.

Avec les douleurs, elle eût des pertes blanches très abondantes.

Elle entra dans le service le 16 février 1898. Avec le repos, les douleurs se calmèrent et ne se manifestèrent plus que par quelques élancements.

Examen. — Annexes du côté gauche très douloureuses et volumineuses. Annexes du côté droit, douloureuses. Utérus en rétroversion, demi-fixe. Annexite des deux côtés, plus grosse à droite.

Indication conservatrice, étant donnée l'âge de la malade.

Laparotomie le 26 février 1898. — On trouve l'utérus gros adhérent au cul-de-sac de Douglas; les *trompes parenchymateuses*, de dimensions moyennes; les *ovaires scléro-kystiques*, enfouis sous elles.

Les deux annexes adhèrent intimement au cul-de-sac de Douglas, au rectum et au cœcum.

On sépare avec beaucoup de soin l'intestin, on détruit les adhérences avec celui-ci et avec le cul-de-sac de Douglas et on fait la libération des annexes.

Ce cas, un bel exemple de lymphangite pelvienne (pelvi-péritonite).

Comme en examinant les annexes on voyait qu'ils étaient aussi malades d'un côté que de l'autre, il n'y avait pas raison pour les enlever d'un seul côté en les conservant de l'autre.

Donc M. Richelot, de parti pris, fait la conservation des deux côtés; il se contente d'appliquer deux ou trois pointes de feu profondes avec le thermo-cautère sur les ovaires et les trompes.

Les trompes étant oblitérées, la fécondation n'est point à espérer, mais on peut attendre la résolution et surtout l'on respecte la fonction physiologique.

Suites opératoires. Normales.

Résultats immédiats très favorables. La malade ne souffre plus et elle est sortie, se disant guérie, le 23 mars 1898.

Suites éloignées. La malade a été revue le 30 novembre 1898, c'est-à-dire huit mois après l'opération. Elle se porte bien et est contente de l'opération.

Un mois après l'opération, elle a eu ses règles presque

Montana

11

sans souffrance et, depuis cette époque, elle a continué à être réglée régulièrement. Elle souffre encore un peu au moment de ses règles, mais beaucoup moins qu'avant l'opération. Dans les intervalles, elle ne souffre plus.

A l'examen, on trouve l'utérus encore en rétro-version, mais il est très mobile. On ne sent pas les annexes. Constipation obstinée et quelques phénomènes dyspeptiques.

Revue de nouveau, le 20 février 1899. Ses règles se sont arrêtées depuis 2 mois, ses seins sont sensibles et ont grossi. Sensation de pesanteur dans la cavité pelvienne.

L'utérus gros, annexes sains. Soupçon de grossesse.

La malade a été revue dernièrement. Les soupçons de grossesse se confirmèrent et la grossesse évolua jusqu'au quatrième mois ; mais à ce moment elle fit une fausse-couche.

Malgré cela la guérison persiste.

Observation 2

Due à l'obligeance de M. Richelot (Inédite)

Ovarite. Scléro-kystique double, puerpérale. Ignipuncture bilatérale. Récidive et ablation ultérieure.

P.. Georgette, âgée de 25 ans célibataire.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Adénite cervicale scrofuleuse dans l'enfance.

Règles irrégulières, douloureuses. Pas d'enfant.

Début de la maladie il y a 4 ans. Elle a eu à cette époque pendant l'intervalle des règles, une forte métrorrhagie qui a duré 20 jours.

A partir de ce moment les règles quoique régulières

sont devenues plus abondantes et plus longues que d'habitude. Dernièrement elles ont été douloureuses.

La dernière menstruation fut peu à peu abondante et accompagnée de douleurs intenses et même de vomissements.

Examen. — Le ventre n'est pas sensible, ni ballonné.

Utérus petit, col conique.

Annexes droites augmentées de volume et douloureuses.

Rien du côté gauche.

Laparatomie le 4 mars 1897.

On trouve les ovaires de volume ordinaire ; mais très polykystiques. Trompes saines et perméables. Ignipuncture bilatérale. *Suites opératoires*, normales.

Suites éloignées. Revue le 16 mars 1898, un an après l'opération. Bonne santé. Règles régulières.

Depuis l'opération, elle ne souffre plus du côté droit, mais depuis 4 mois elle a commencé à souffrir du côté gauche dont elle ne souffrait pas avant. L'ignipuncture a été faite cependant des deux côtés.

On lui prescrit bains alcalins ; mais comme elle continue à souffrir de plus en plus, elle rentre à Lariboisière, au service de M. Reynier, où on lui fait l'ablation des deux côtés.

La deuxième laparatomie n'a présenté aucune difficulté. Les annexes conservées étaient volumineuses et très scléro-kystiques.

Observation 3

Due à l'obligeance de M. Richelot (Inédite)

Névralgie pelvienne, hystérique. Ovaires polykystiques.

Ignipuncture bilatérale

V... Eugénie, 25 ans, mariée.

Très nerveuse, hystérique.

Réglée à 15 ans. Régulièrement. Mariée à 19 ans. Un enfant à 21 ans. Accouchement long (3 jours). Suites des couches fébriles. Lochies fétides, pertes prolongées, abcès du sein.

Deux ou trois mois après l'accouchement, elle commence à souffrir de douleurs très violentes dans le bas-ventre et les reins, douleurs qui viennent par crises et assez vives pour provoquer des syncopes.

Dans l'intervalle, subsiste une douleur vague, plutôt un malaise. Ces crises avaient lieu d'abord tous les 15 jours, puis tous les 3 ou 4 jours et étaient si violentes qu'elles empêchaient tout travail ; elles présentaient les caractères des crises hystériques.

Curettage le 6 mars 1898. Plus de pertes blanches depuis ce curettage, les règles sont moins longues ; après l'appétit revient et la malade engraisse.

Palpation. — Ventre souple, non ballonné, douloureux à la pression en un point de la ligne médiane et à droite.

Toucher. — Col un peu gros, entre-ouvert, pas douloureux au toucher, très mobile. Cul-de-sacs libres, incolores.

Examen bimmanuel. — Utérus petit, en situation normale, mobile non douloureux à la palpation. La douleur que l'on arrive à déterminer à son niveau, ne se produit pas quand on saisit l'organe une main sur le fond, une autre sur le col et qu'on le comprime, même énergiquement. Elle ne se produit que lorsque on appuie au niveau d'un point précis situé à 2 centimètres au dessus de la symphyse pubienne.

Annexes saines. — Culs-de sacs libres.

Diagnostic. — Névralgie pelvienne d'origine hystérique.

Trattement. — Dans ce cas, il y aurait des raisons pour s'abstenir d'intervenir chirurgicalement.

Cependant, comme la malade est très jeune, comme les douleurs et les crises ne lui laissent aucun repos et empêchent

tout travail, et enfin comme elle réclame instamment l'opération, on ne peut la lui refuser.

Laparatomie le 9 juin 1898 ; *exploratrice* avec l'espoir qu'elle puisse être curatrice par suggestion.

On trouve les deux ovaires poly-kystiques ; le droit très peu, le gauche beaucoup et doublé de volume

Ignipuncture des deux côtés ; 9 point d'un côté, 13 de l'autre.

Suites opératoires. — Très bonnes. Les douleurs et les crises ont disparu presque aussitôt l'opération faite, elle ne souffre plus.

Elle est sortie de l'hôpital le 3 juillet se considérant guérie.

Suites éloignées. — On a des nouvelles de la malade neuf mois après l'opération. Pendant deux mois, elle allait très bien et se croyait guérie ; mais depuis cette époque elle a recommencé à souffrir. « Je souffre toujours, dit-elle, mais pas de la même manière. Avant l'opération une promenade un peu longue, la station assise, prolongée, une fatigue, déterminaient une crise et les douleurs devenaient intolérables.

La malade ne restait que huit jours sans crise, n'était soulagée qu'au lit et au moment des règles, dans leur intervalle, elle souffrait.

A présent elle souffre continuellement, de l'estomac et d'un point de côté dans l'ovaire gauche ; mais plus de crises de nerfs.

Règles régulières bien plus douloureuses qu'avant l'opération. Elles devancent leur époque et sont très abondantes, durant 4 à 5 jours. Avant l'opération elles duraient 8 jours et elles étaient irrégulières.

La malade a encore des pertes blanches. Elle a des bouffées de chaleur accompagnées d'étourdissements assez fréquents. Elle reconnaît être moins nerveuse, mais elle est plus triste et plus susceptible, *un rien la fait pleurer*. Elle

n'est pas capable de faire son ménage. En résumé, résultat médiocre, il y a eu une amélioration, mais insignifiante.

Observation 4.

Due à l'obligeance de M, Legueu.

Salpingite entarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux. Ignipuncture et salpingostomie des deux côtés. Grossesse.

L. N..., 23 ans, célibataire.

Examen. A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion. Le col est petit et situé en avant, le fond de l'utérus est dévié légèrement à droite.

Dans les culs-de-sac latéraux, on trouve les annexes grosses et douloureuses.

Diagnostic. Salpingite catarrhale et ovaires cléro-kystiques bilatéraux.

M. Legueu fait la laparotomie le 25 février 1896. On trouve les ovaires scléro-kystiques des deux côtés et les trompes oblitérées, mais non kystiques.

On fait l'ignipuncture sur les ovaires des deux côtés et les trompes oblitérées, mais non kystiques.

On fait l'ignipuncture sur les ovaires des deux côtés et on ouvre au thermo-cautère un grand nombre de petits kystes. On suture la trompe de chaque côté à l'ovaire correspondant, après avoir fait la salpingostomie et on fixe l'utérus à la paroi abdominale (hystéropexie).

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sort guérie, les règles sont revenues au moment de sortir de l'hôpital, sans douleur.

Suites éloignées. — Revue en décembre 1896. Elle est

enceinte de 8 mois 1/2. La grossesse a été normale et elle n'a pas souffert, à part quelques tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice abdominale et des envies fréquentes d'uriner.

La vessie ne se vide que par regorgement.

Observation 5

Due à l'obligeance de M. Tuffier (Inédite)

*Salpingite blennorrhagique unilatérale, adhérences
Rupture des adhérences. Grossesse*

B..., Hélène, 20 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Pas de grossesse ni de fausse couche. Réglée à 13 ans, règles régulières, non douloureuses avant la maladie, durant 3 à 4 jours. Mais depuis six mois qu'elle est malade, les règles sont irrégulières et douloureuses. La douleur l'empêche de travailler. Elle souffre surtout du côté gauche (région inguinale) et aussi dans le flanc et la jambe du même côté.

L'année dernière, elle a eu une blennorrhagie et une arthrite du genou gauche avec ankylose.

Examen. Utérus petit, mobile, culs-de-sac simples ; mais au niveau du cul-de-sac gauche, on sent les annexes prolabées et le toucher est très douloureux.

Système nerveux. Pas de crises de nerfs.

Etat général. Bon.

Diagnostic : Annexite gauche blennorrhagique.

Opération le 9 février 1897.

Les annexes *droites* sont saines.

A gauche, on trouve une masse formée par l'ovaire et la trompe avec de nombreuses adhérences à l'utérus.

M. Tuffier libère les adhérences et examine les annexes, il les trouve suffisamment indemnes pour n'en pas pratiquer l'ablation.

L'utérus est un utérus infantile.

On reconstitue la paroi au catgut et on applique un pansement antiseptique.

Suites opératoires : Très bonnes. La réunion de la plaie se fait parfaitement. La douleur a disparu.

Suites éloignées. Revue en janvier et mars 1899. Elle se porte très bien. Depuis l'opération elle ne souffre plus. Les règles sont revenues un mois après l'opération, régulières, non douloureuses.

Six mois après l'opération, elle est devenue enceinte et elle a accouché à terme d'une fille qui se porte très bien. Cicatrice solide, pas d'éventration. En résumé, résultat parfait.

Observation 6

Due à l'obligeance de M. Tuffier (Inédite)

Péri-méthro-salpingite suppurée. Incision inguinale et drainage

S..., 33 ans, mariée.

Antécédents personnels. — Deux enfants, et une fausse-couche il y a 2 ans. A la suite de cette fausse-couche, soignée médicalement. Il y a trois mois, elle se fatigue trop à cheval : elle éprouve une vive douleur dans la région iliaque droite, et son médecin constate tous les signes d'une péri-méthro salpingite aiguë et fébrile.

Vers le 10^e jour, M. Tuffier l'examine et constate utérus immobilisé, cul-de sac latéral dur, chaud avec pouls vaginal, comblé par une masse rénitente à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque.

On prescrit immobilité complète, glace sur le ventre, lavements laudanisés. Malgré ce traitement, les accidents continuent, et quelques jours après MM. Terrier et Tuffier jugent une intervention nécessaire.

En mai 1896, M. Tuffier fait une incision sus-inguinale, décolle le péritoine et arrive sur une collection, contenant un demi-litre de pus. On l'évacue, on lave et on draine.

Suites opératoires: Très bonnes. La malade guérit en quelques jours et sans accident.

Suites éloignées. — En 1898, nouveaux accidents caractérisés par une induration du ligament large avec propagation en arrière. Ces accidents cèdent à un traitement médical.

A partir de cette époque elle ne souffre plus et elle se considère comme complètement guérie.

A l'examen, on trouve l'utérus mobile, le ligament large souple. Les règles sont régulières.

Observation 7

Due à l'obligeance de M. Tuffier (Inédite).

*Neurasthénie. Adhèrence de perimetrite et peri-ovarite.
Cause blennorrhagique. Rupture des adhérences.*

Or..., femme P..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Accouchement normal, il y a 3 ans,

Femme maigre et chétive, anémique et très nerveuse. Réglée à 14 ans, règles régulières, mais douloureuses, normales comme abondance, durent 3 et 4 jours. Légère leucorrhée dans les intervalles.

Souffre depuis un an, surtout dans le flanc gauche, avec irradiations dans le rein et la cuisse. Elle souffre surtout quand elle marche.

Elle vient réclamer l'opération parce qu'elle ne peut ni travailler, ni même marcher.

Examen. — Ventre plat, tendu, excessivement douloureux à la palpation, surtout dans la région para-ombilicale, dans la fosse iliaque gauche et dans l'hypogastre.

Toucher. — Col normal, corps petit, en rétroflexion, adhérente et peu mobile, en le mobilisant on provoque de vives douleurs.

Les culs-de-sac sont excessivement douloureux ; le droit est libre, le gauche présente un léger empâtement, le postérieur est occupé par une petite masse du volume d'une amande verte, dure, légèrement mobile et très douloureuse qui paraît être l'ovaire.

Urines normales.

Système nerveux. — Très altéré, sensibilité, irritabilité excessives, insomnie, neurasthénie. Un peu de dilatation de l'estomac, constipation, dyspepsie.

Diagnostic. Anexite double, avec des adhérences et périmétrite chez une neuropathique.

M. Tuffier pense que les douleurs vives, sont dues aux adhérences des annexes à l'utérus et il propose la laparatomie pour libérer ces adhérences.

Opération le 6 avril 1898.

Incision médiane de 8 centimètres.

L'utérus est normal de volume, consistance et coloration ; mais en rétroflexion et fixé au cul-de-sac de Douglas par des adhérences, pas très résistantes et qu'on a détruit facilement.

Les annexes sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et retenues par des adhérences assez fortes à la face postérieure de l'utérus ; le droit descend plus bas que le gauche.

L'*ovaire droit* est légèrement kystique, le gauche est sain. Ses trompes sont saines.

En présence de ces lésions M. Tuffier se contente de libérer les adhérences et referme le ventre sans toucher aux annexes.

Suites opératoires. — Réunion de la plaie par première intention. Température 37° à 37°4. La malade quitte l'hôpital le 30 avril dans un excellent état de santé. Le ventre est souple, la cicatrice est parfaite, elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — Revue le 1^{er} avril 1909. La malade dit n'avoir été nullement *améliorée* par l'opération et souffrir même davantage. Elle se plaint toujours de douleur dans le côté gauche, dans le rein et dans la jambe. Elle dit avoir des coliques néphrétiques, des névralgies intercostales, occipitales, etc., tous les symptômes classiques de la neurasthénie : rachialgie, névralgie occipitale, intercostale, sensation de faiblesse et fatigue musculaire, sueurs abondantes, désordres gastro-intestinaux ; insomnie tenace, sensibilité excessive, idées et préoccupations hypochondriaques, caractère bizarre, etc.

Ses règles sont plutôt irrégulières, peu abondantes, très douloureuses, ne durent qu'un seul jour.

Son état général, malgré tout, n'est pas mauvais et assurément meilleur qu'avant l'opération.

Observation 3

Due à l'obligeance de M. Delbet (Inédite)

Rétroflexion. Ovaires kystiques. Hystéropexie.

Ignipuncture. Soupçon de grossesse

Louise D. ., 22 ans, mariée.

Antecedents héréditaires. Nuls.

Ant. personnels. Très faible et chétive, jusqu'à l'âge de 15 ans. Réglée à 14 ans, jusqu'à 15 ans irrégulièrement ; à partir de cette époque, régulièrement ; règles douloureuses très abondantes, durant 3 ou quatre jours.

Mariée à 21 ans. Pas d'enfant ni de fausse-couche.

Début de la maladie : 14 mois après son mariage. A cette époque, métrorrhagie très abondante pendant 8 jours, et douleurs dans le ventre, du côté gauche. La douleur était très vive. Depuis cette époque, les règles sont irrégulières, les hémorrhagies fréquentes et les douleurs continues et si vives qu'elles empêchent tout travail et obligent à garder le lit.

Pertes jaunes épaisses et abondantes. Miction douloureuse. Constipation obstinée. Désordres gastriques. Migraine au moment des périodes.

Crises nerveuses quelquefois. Caractère morne, idées tristes.

La malade est très affaiblie, on la soumet pendant un mois à un traitement général pour la reconstituer.

On lui a fait déjà un curettage sans résultat.

Laparotomie le 26 mars 1896.

Utérus en retro flexion à angle aigu. Il n'y a pas d'adhérences du corps, il se laisse facilement relever.

Ovaire droit, gros et kystique. Trompe normale. Ignipuncture.

Ovaire gauche, petit, retenu à la face postérieure du ligament large par quelques adhérences filamenteuses. M. Delbet, détache avec soin les adhérences et fait l'ignipuncture sur cet ovaire. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. — Bonnes. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — Revue le 18 février 1899, bien portante, ne souffre plus, et très contente de l'opération. Elle a gagné 23 k. en poids.

Règles 15 jours après l'opération, sans souffrance, régulières et normales comme abondance et durée. Les hémorrhagies ne se sont pas renouvelées.

Un an après l'opération, elle a eu un arrêt de ses règles de 6 semaines et elle a perdu des caillots, (suspçon de grossesse).

Son caractère a changé favorablement, les idées tristes ont disparues, les crises de nerfs aussi, elle est gaie, très bien disposée pour le travail.

Appétit sexuel amélioré. Avant, elle souffrait beaucoup au moment des rapports conjugaux.

Examen : Cicatrice parfaite, pas d'éventration.

Utérus en bonne position, mobile, culs-de-sac souples, annexes saines.

En résumé : bon résultat.

Observation 9

Due à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

Ovarite scléro-kystique bilatérale, cause puerperale.

Ignipuncture à gauche. Resection de plus de la moitié de l'ovaire à droite. Raccourcissement des ligaments ronds.

R..., Marie, femme G..., âgée de 30 ans.

Antecedents héréditaires. — Nuls.

Antecedents personnels. — Arthritique, accès de migraine fréquents, dyspepsie gastro-intestinale. Régulée à 17 ans. Quatre enfants, le dernier, il y a 5 ans. Souffre du ventre depuis son dernier accouchement. Plusieurs fois, on a fait des cautérisations au col utérin, sans résultat. Règles fréquentes deux fois par mois et un peu douloureuses. Pertes blanches abondantes.

Examen. — Utérus en antéflexion. L'ovaire du côté droit est scléro-kystique,

Laparatomie le 15 mai 1897.

L'ovaire gauche présente quelques petits kystes, on fait l'ignipuncture de ce côté. A *droite*, l'ovaire est volumineux et poly-kystique dans une grande étendue, excision de la partie malade par une large incision cunéiforme qui comprend plus de la moitié de l'ovaire et suture les deux bords par quelques fils de soie. Redressement de l'utérus par le raccourcissement de l'utérus intrapéritonéale des ligaments ronds.

Suites opératoires. — Normales.

Revue en mai 1898. — Bonne santé ; elle ne souffre plus du bas-ventre et se plaint à peine de mauvaises digestions et quelques douleurs intestinales (rectales).

Examen. — Utérus en bonne situation. Culs de sacs latéraux, souples, pas sensibles.

Revue en juin 1899. — La guérison persiste. Elle ne souffre plus dans le ventre. Règles plus régulières et moins abondantes qu'avant l'opération, non douloureuses ; avant elles étaient un peu douloureuses, fréquentes et abondantes.

Comme phénomènes à remarquer : entéro-colite membraneuse ; diminution des forces ; elle se fatigue plus facilement qu'avant l'opération : quelques bouffées de chaleur, le matin surtout, mais passagères et non gênantes.

Diminution de l'appétit et du plaisir sexuel. Pas de crises de nerfs. Elle est gaie et bien disposée pour le travail.

En résumé : résultat satisfaisant.

Observation 10.

Due à l'obligeance de M. Schwartz.

Retroversion. Hemato-salpin à gauche. Deux pavillons supplémentaires. Kyste Wolffien à droite. Raccourcissement des ligaments ronds. Salpingotomie. Resection des kystes Wolffiens à droite.

S..., Léonie, âgée de 23 ans.

Antecedents héréditaires. Rien d'important.

Antecedents personnels. Réglée à 14 ans régulièrement. Durée des règles : 4 jours, douloureuses jusqu'avant son mariage.

Deux enfants ; le premier il y a 5 ans, le deuxième il y a 2 ans et demi.

Souffre depuis 2 ans et beaucoup plus depuis 18 mois. L'année dernière, une métrorrhagie qui l'a forcée à rester deux mois au lit, depuis le mois de janvier de cette année, elle perd du sang continuellement et c'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital.

Examen. — Annexes, collées à la paroi postérieure de l'utérus. Salpingite gauche. Rétroversion utérine mobile.

Laparatomie le 20 mars.

Trompe gauche très souple, elle présente une petite hémorrhagie tubaire que l'on vide et on suture avec de la soie fine, le reste de la trompe est sain, on le conserve. L'ovaire de ce côté présente trois petits kystes que l'on ouvre avec le thermo-cautère. *Conservation.*

La *trompe droite* présente deux pavillons supplémentaires et un kyste Wollière à parois très minces et à contenu séro-sanguin. On enlève le kyste et on conserve l'ovaire de la trompe. Pour la rétroversion, on fait le raccourcisse-

ment à la soie des ligaments ronds. L'utérus se trouve subitement fixé.

Suites opératoires. Normales. Elle sort le 13 avril, en parfait état de santé.

Revue en juillet 1897. Utérus en bonne position. Annexes saines ; un peu de métrite. On fait des lavages et des tamponnements.

Revue en juin 1898. Excellente santé, ne souffre plus. Règles normales, plus d'hémorrhagie. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Revue le 5 février 1899. Va très bien.

Quelques désordres dyspeptiques, qui existaient déjà avant l'opération.

Pas de grossesse, ni de fausse couche.

Deux jours avant le moment de ses règles, elle a quelques bouffées de chaleur. Elle dit qu'elle est un peu plus nerveuse qu'avant l'opération. Maux de tête fréquent.

Elle peut vaquer à ses occupations (marchande de vins) et quoique fatiguée ne souffre plus.

En résumé, excellent résultat.

Observation 11

Dne à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

Salpingo-ovarite droite blennorrhagique. Appendicite. Cystite blennorrhagique et pyonéphrose. Ignipuncture de l'ovaire droit. Appendicectomie. Néphrectomie.

G ., Blanche, 25 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes,

neuralgies intercostales et coliques néphrétiques avec urines purulentes depuis son plus jeune âge. Réglée à onze ans, toujours régulièrement, règles assez abondantes, durant de 7 à 8 jours. Une fausse couche de 4 mois l'année dernière, sans suites. A partir de cette époque, il y a 8 mois, commence à souffrir du ventre. Douleurs très fortes dans l'abdomen du côté droit, avec vomissement et ballonnement du ventre. Les douleurs irradiaient vers la jambe droite et le rein du même côté. En même temps, difficulté et douleur de miction et pertes jaunes.

Diagnostic. — Salpingite intense à droite, légère à gauche.

Traitement. — Injections au permanganate, lavages de la vessie et du vagin.

Le 1^{er} juillet 1897. Opération. M. Schwartz fait une incision para-médiane. A droite, on trouve l'appendice long adhérent par son extrémité, on sent un corps étranger (calculs) dans sa cavité. On fait la résection. Calcul fécal muqueuse hypertrophiée, fongueuse. *Annexes* : trompe droite presque saine, la moitié de l'ovaire est kystique, l'autre moitié est saine, ignipuncture. Annexes gauches saines. On les laisse en place.

Suites opératoires. — Très bien jusqu'au 18 juillet. Ces jours-ci elle ressent une douleur très vive dans la région droite, la pression est très douloureuse à ce niveau; mais par la palpation on ne sent pas le rein. La malade urine très peu, la miction est douloureuse, phénomènes de cystite intense. Ictère. Jours suivants les douleurs augmentent et l'état s'aggrave.

On diagnostique une pyonéphrose et comme l'état est grave on intervient.

Nephroctomie et nephropexie le 27 juillet.

Amélioration après l'opération.

Le 27 août la malade sort; l'état général est excellent, elle garde encore un petit drain dans le rein.

Montana

Revue le 6 octobre 1899.— Règles 15 jours après l'opération sans souffrance; bien réglée et normalement jusqu'au mois de mars 1898. Au mois de mai, à la suite d'un refroidissement, les règles s'arrêtent brusquement au 2^e jour. Cet arrêt s'accompagne de vomissements, de sensibilité du ventre, ballonnement, frissons, en un mot de péritonisme. Revient à l'hôpital. Avec le repos et la glace, tout se calme. Depuis cette époque, les règles ne sont pas revenues. C'est l'époque où elles doivent se présenter, la malade a des sueurs, bouffées de chaleur, malaise, un peu de maux de tête et de nervosisme, en dehors de cela, elle ne souffre plus du ventre, souffre toujours du rein et il reste une fistule rénale qui donne sortie à de l'urine et du pus. Pas d'enfant ni de fausse couche. La malade a pris l'habitude de la morphine et est une morphinomane au premier degré. Amaigrissement, constipation obstinée. Digestion difficile. Urines claires. En résumé : résultat médiocre.

Observation 12

Due à l'obligeance de M. Schwartz (Inédite)

*Antéflexion utérine irréductible. Annexite droite.
Nervosisme. Hystéropexie. Résection partielle de
l'ovaire droit. Conservation des annexes gauches.*

G... Marie-Louise, âgée de 25 ans, mariée.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans, règles régulières et douloureuses. Mariée depuis trois ans. Pas d'enfant, ni de fausse couche. A toujours eu de la dysménorrhée membraneuse, même avant son mariage, depuis celui-ci les douleurs ont augmentées, sont localisées à la partie médiane du bas-ventre augmentent au moment des

règles ; dans les intervalles la malade ne souffre pas, mais elle a des pertes blanches. Miction et défécation normales. Nervosisme.

En mars 1896 curettage pour un métrite.

Examen. Antéflexion utérine considérable ; col en arrière et en bas, on ne peut pas le ramener dans la position normale. Capacité utérine 7 cent. 1/2. Annexes droites douloureuses, les gauches paraissent saines.

Diagnostic. Antéflexion utérine irréductible. Annexite droite.

M. Schwartz fait la laparotomie le 13 mars. Redressement de l'utérus et fixation (hystéropexie) par 4 fils. L'*ovaire droit* présente un petit kyste qu'on enlève, et on fait la résection d'une partie de l'ovaire, qui était lui-même atteint. On suture et on conserve le reste, *Annexes gauches saines*. On ne les atteint pas. Suture de Pozzi.

Suites opératoires. Bonnes. Pendant les trois premiers jours, un peu de fièvre vespérale (37°9). Le 23, on enlève les fils, plaie en bon état.

Suites éloignées. Revue le 14 février 1899. Etat général bon. Pendant les premiers mois, amélioration. Règles un mois après l'opération, régulières, mais aussi douloureuses qu'avant, surtout les deux premiers jours ; après elles disparaissent. Comme abondance et durée, pas de modifications depuis l'intervention. En dehors des règles, ne souffre plus, peut travailler et gagner sa vie. Pas d'enfant et de fausse-couche. Pas de changement de caractère.

En résumé : résultat médiocre. La malade affirme n'avoir tiré aucun profit de l'opération ; mais en réalité il y a eu une amélioration puisqu'elle peut travailler et qu'avant, elle ne le pouvait pas.

Observation n° 13.

Due à l'obligeance de M. Clado. (Inédite).

*Salpingite et ovaire kystique à gauche. Ovaire kystique
à droite. Cause principale.
Salpingo-ovaro-syndèse à gauche. Ignipuncture à droite.
Soupçon de grossesse.*

Cécile R..., femme de 23 ans, mariée.

Ants. hers. Nuls.

Ants. perts. Fièvre typhoïde avec phlébite à 18 ans. Migraines orbitaire fréquente au moment de ses règles et à l'occasion de toute contrariété.

Ant. u'érins. Trois accouchements : les deux premiers normaux, pour le dernier (il y a 3 ans) on a dû faire la délivrance artificielle.

Réglée à 12 ans, règles régulières jusqu'à 18 ans, non douloureuses, 8 jours de durée, normales comme quantité. Après la fièvre typhoïde arrêt complet des règles pendant 7 ans, ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir 3 enfants. Les règles sont revenues depuis un an. Au mois de janvier dernier, elle a eu un avortement de six semaines, et une hémorrhagie abondante.

Depuis cette époque, elle souffre dans le ventre. La douleur est localisée dans la fosse iliaque droite, mais avec irradiation dans le rein et la jambe du même côté. Elle est vive, lancinante, augmente avec la marche et au moment des règles, depuis un mois elle est tellement vive qu'elle force à garder le lit. Les règles sont devenues irrégulières, plus abondantes, plus longues et douloureuses. Pas de pertes blanches.

Appareil digestif. — Phénomènes dyspeptiques, gastralgie, constipation.

Appareil urinaire. — Rien d'anormal.

Système nerveux. — Très nerveuse, a des accès de migraine arbitraire très fréquents.

Etat général médiocre ; elle a perdu 5 kilos de son poids normal.

Diagnostic. — Salpingite droite, rétroflexion utérine. On garde la malade en repos pendant un mois et on lui fait un curettage.

Comme, malgré ce traitement, elle continue à souffrir on décide la laparatomie.

Opération le 2 juillet 1898 :

Anesthésie à l'éther.

A droite on trouve : ovaire kystique, trompe saine, on fait l'ignipuncture sur les kystes et on laisse le reste en place.

A gauche, ovaire également kystique, la trompe est malade et obstruée du côté du pavillon, le reste est perméable et sain. On résèque la partie du pavillon, on incise le reste sur le bord postéro-interne, et on fait l'abouchement avec l'ovaire. Suture au catgut. Sur l'ovaire on fait l'ignipuncture.

Suites opératoires. — Bonnes ; les 4 premiers jours, elle souffre un peu du côté droit (sensation de brûlure) après les douleurs sont disparues. Température les trois premiers jours : 37° 4, 37° 6 ; normale après.

Suites éloignées. — Revue le 22 mars 1899. Bien portante et très contente de l'opération. Depuis le mois d'août, elle a recommencé son travail et elle le fait sans être gênée.

De temps en temps encore, quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, surtout au moment des règles. Les douleurs si violentes qu'elle avait avant l'opération ont entièrement disparu.

Règles un mois après l'opération, sans souffrance, ré-

gulières jusqu'au mois de novembre : à cette époque, arrêt des règles pendant 2 mois, elles reviennent au mois de janvier et elle perd alors, pendant 19 jours, des caillots et du sang liquide (Avortement ?) Dernières règles, le 10 janvier ; depuis cette époque, elles ne sont plus revenues (Grossesse ?)

Les accès de migraines ont diminué et sont moins forts.

Pas de bouffées de chaleur, pas de crises de nerfs. Pas d'enfants.

Examen. Utérus mobile, en bonne position. Culs de sac souples, non douloureux. On ne sent pas les annexes.

Dans ce cas, le résultat thérapeutique a été aussi bon que possible et en outre il y a eu soupçon de grossesse.

CONCLUSIONS

1° Les opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe n'ont pas de *gravité opératoire*.

2° Elles donnent une guérison parfaite, dans 70 0/0 des cas.

3° Elles conservent la menstruation, dans 97 0/0 des cas.

4° Elles conservent la fécondité, dans 10 % des cas.

5° Elles évitent les désordres post-opératoires signalés dans la castration ovarienne, dans 93 % des cas.

6° Dans les cas de récurrence, une deuxième intervention ne présente pas plus de gravité qu'à l'ordinaire.

7° Chez les femmes jeunes, on doit donc accorder la préférence aux opérations conservatrices sur les opérations radicales :

a). Parce qu'elles conservent les fonctions de l'ovaire, ovulation, menstruation, sécrétion interne.

b). Parce qu'on évite ainsi les troubles nouveaux post-opératoires, conséquences de l'ablation de l'ovaire.

c). Enfin, parce qu'il vaut mieux faire courir à la femme les risques d'une nouvelle opération, que la

priver de l'espoir d'avoir des enfants, ce qui constitue pour elle une source de bonheur.

8° Les troubles post-opératoires consécutifs à la castration ovarienne ou utéro-ovarienne, bien que parfois exagérés, existent réellement ; ils ont été observés par différents auteurs, notamment par M. Jayle et M. Glaevecke.

9° Ces troubles post-opératoires on ne peut encore les attribuer à une cause certaine ; ils ne paraissent pas être seulement, sous la dépendance de la suppression de la *menstruation* ; puisque la castration utérine simple ne les produit pas. D'après M. Jayle, il faudrait les attribuer, au moins en partie, à la suppression d'une autre fonction de l'ovaire, la *sécrétion interne* ; fonction qui, pour n'être pas encore entièrement démontrée, paraît infiniment probable, bien qu'elle soit contestée par quelques auteurs.

10° Les opérations conservatrices sont indiquées : dans les cas d'adhérences annexielles, d'ovarite chronique œdémateuse, d'ovarite scléro-kystique, de kystes folliculaires, de kystes du corps jaune, d'hématome, de kystes parovariens, et de néoplasmes bénins de l'ovaire ; dans les cas de salpingite catarrhale, d'hydro-salpynx, d'hémato-salpynx et *exceptionnellement* dans le pyo-salpynx.

11° Elles sont contre-indiquées :

a). Dans les cas de néoplasmes malins ou douteux (kyste papillaire), dans l'ovarite scléreuse ou suppu-

rée, dans la maladie kystique de l'ovaire et dans la tuberculose.

b). Quand l'utérus est très malade.

c). Chez les femmes qui sont près de la ménopause ou qui ont eu de nombreuses grossesses.

d). Chez les hystériques, neurasthéniques, neuroarthritiques, chez lesquelles toute intervention chirurgicale est contre-indiquée.

12° Les opérations partielles de la trompe : salpingostomie, résection, salpingo-ovaro-syndèse sont justifiées.

13. Elles ne présentent aucune gravité opératoire.

14. Elles donnent la guérison parfaite dans 87 % des cas.

15. Elles peuvent permettre la grossesse. Elle a eu lieu dans 4 0/0 des cas.

16. Ces opérations doivent être faites pour sauvegarder la fonction de l'ovaire, quand il est sain ou peu altéré.

17. Si la trompe est très malade et l'ovaire sain, on doit faire la conservation de l'ovaire et l'ablation totale de la trompe, cela, dans le but de conserver les fonctions ovariennes. La menstruation persiste dans ce cas.

18. Si l'utérus est malade, on doit l'enlever ; mais l'extirpation de l'utérus n'entraîne pas fatale-

ment l'extirpation des ovaires. S'ils sont sains ou peu altérés on doit les garder, pour conserver leur sécrétion interne.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

